DE

L'HYDROHÉMATOCÈLE

PAR RUPTURE DE LA TUNIQUE VAGINALE

PAR

JAQUES L. REVERDIN

Professeur à la Faculté de médecine de Genève

trait des **Annales des maladies des organes génito-urinaires**

(Juin et juillet.)

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

DE L'HYDROHÉMATOCÈLE

PAR RUPTURE DE LA TUNIQUE VAGINALE

Au mois de janvier 1881, entrait dans mon service, à l'hôpital cantonal de Genève, un malade atteint d'une affection complexe qui me parut répondre à l'étiquette : *hydrohématocèle par rupture de la tunique vaginale.* Porteur, depuis dix-sept mois environ, d'une tumeur des bourses, spontanément développée, nullement douloureuse, il avait vu l'accroissement graduel de cette tumeur prendre tout à coup une marche en quelque sorte galopante ; d'après son appréciation, en quinze jours elle aurait augmenté d'un tiers, prenant dans ces quinze jours un accroissement égal à celui qu'elle avait mis précédemment huit mois à acquérir. Puis, sans aucune cause, sans le plus léger traumatisme, alors que rentré chez lui il est tranquillement assis sur une chaise, il éprouve une brusque sensation de piqûre et constate que ses bourses subissent une rapide distension, que la peau qui les recouvre prend une coloration noire; ces phénomènes vont en s'accroissant pendant trente-six heures jusqu'à son entrée à l'hôpital. Je l'opère par incision, je ne trouve pas de vaisseau de calibre appréciable rompu, mais je vois, d'une part, une déchirure de la tunique vaginale, d'autre part, un foyer extra-vaginal rempli de caillots et de sang mêlé de sérosité et la vaginale contenant un liquide séro-sanguinolent.

Plusieurs circonstances dans cette observation m'avaient frappé. D'abord cette *rupture spontanée* de la vaginale ; ensuite

cet autre fait, qui me parut important à noter, l'*accroissement brusque de l'épanchement précédant la rupture de la séreuse ;* je me demandais si la même cause qui avait eu pour effet cet accroissement rapide de la quantité de liquide avait pu déterminer dans la séreuse quelque modification de texture en rapport avec la fragilité spéciale qui lui avait permis de se rompre ; ou bien si l'accroissement du liquide, c'est-à-dire l'augmentation de pression intérieure seule, était coupable de cette modification. L'opération m'avait permis en outre de voir la rupture, d'étudier *de visu* son apparence, de fixer exactement le siége de l'épanchement sanguin.

Peu de jours après, entrait dans mon service un malade présentant également une hydrohématocèle par rupture de la tunique vaginale ; mais cette fois la rupture avait pour cause un traumatisme, et je ne retrouvais pas cette particularité d'accroissement brusque de l'épanchement précédant l'accident; la même opération pratiquée, avec le même succès du reste, me permit de contrôler les constatations anatomiques faites relativement à la déchirure de la séreuse et au siège de l'épanchement.

Depuis lors et dernièrement j'ai pu recueillir une troisième observation ; aucune opération n'ayant été pratiquée, elle ne me fournit pas de données anatomiques, mais elle confirme l'hypothèse, que m'avait suggérée l'observation de mon premier malade, d'une relation probable entre un accroissement rapide du liquide de l'hydrocèle et la rupture de la vaginale ; chez ce malade encore la déchirure s'est faite spontanément, sans traumatisme appréciable, pendant le sommeil.

Enfin j'ai assisté l'année dernière à une incision d'hydrocèle, faite par mon cousin le Dr Auguste Reverdin, sur un de nos confrères ; l'opération nous a paru particulièrement indiquée à cause précisément d'une augmentation rapide que venait de subir la tumeur, et nous avons pu constater, à l'œil nu seulement, il est vrai, des altérations très nettes et très particulières de la tunique vaginale.

Après quelques recherches bibliographiques, j'ai fait à ce

sujet, au mois de septembre 1882 (1), une première communication à la Société de médecine de Genève ; depuis lors j'ai poursuivi mes investigations qui ont été, je dois le dire, peu fructueuses ; je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé toute la littérature chirurgicale concernant l'hydrocèle et l'hématocèle, mais j'ai exploré un bon nombre de recueils français et étrangers, de monographies et de traités, et je n'ai pu rassembler qu'une douzaine d'observations un peu complètes. Ceci s'explique du reste assez bien ; à l'époque où l'on incisait l'hydrocèle on a dû inciser aussi quelques hydrohématocèles ; puis est venue la période de l'injection iodée et l'on a plus incisé, l'on n'a pas pu constater par conséquent la déchirure de la vaginale ; revenu, pour ma part, à l'incision dans l'hydrocèle, à l'exemple de Volkmann, j'ai tout naturellement eu recours au même mode de traitement dans mes deux cas d'hydrohématocèle. Si M. Després, auquel j'emprunte deux observations, avait incisé les bourses, il aurait, je n'en doute pas, certainement trouvé une déchirure de la vaginale, et aurait interprété tout autrement les deux cas qu'il a vus ; les membres de la Société de chirurgie qui ont pris la parole à ce sujet ne paraissent pas non plus les avoir compris comme ils doivent l'être à mon avis.

Depuis l'observation d'Astley Cooper, qui n'est pourtant pas la première en date, les auteurs signalent bien la possibilité de la rupture d'une hydrocèle et de sa transformation en hydrohématocèle, mais à part Lannelongue (2) et Kocher (3), qui, seuls si je ne me trompe, ont cherché à interpréter ces cas, ils ne font que mentionner le fait sans détails précis. Il y avait donc lieu d'étudier le sujet et, grâce à mes deux opérations, je me trouve en mesure de donner une description anatomique de l'affection, qui pour être certainement encore incomplète mérite cependant

(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, 1882, p. 538.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t, XVII, p. 270.
(3) Pitha et Billroth. Handbuch der allgemeinen und Speciellen Chirurgie. Dritter Band. Zweite Abtheilung. Siebente Lieferung. Erste Hälfte, p. 52 et 55.

quelque attention ; je ne puis en particulier, par une cause indépendante de ma volonté, décrire les altérations histologiques de la vaginale, une pièce que j'avais recueillie dans ce but ayant été égarée au laboratoire. Mais j'indiquerai, chemin faisant, les recherches qui restent à faire lorsque l'occasion se présentera de les poursuivre ; cette occasion pouvant tarder longtemps encore, j'ai cru devoir attirer dès maintenant l'attention sur ces faits nouveaux.

Je vais donc essayer de déterminer le siège de l'épanchement sanguin, sa source, les altérations qui précèdent la rupture de la vaginale, le siège et la forme de la déchirure ; puis j'aborderai et je discuterai l'étiologie, c'est-à-dire la pathogénie et le mécanisme de l'affection complexe que je nomme hydrohématocèle par rupture ; suivront quelques considérations sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

Avant d'entrer en matière, il me paraît nécessaire de mettre sous les yeux du lecteur mes deux premières observations personnelles ; ce sont elles en effet qui m'ont inspiré les recherches que je lui soumets.

Observation I (1).

(Personnelle.)

Roth (Ulrich), 44 ans, couvreur, entre le 24 janvier 1881 dans le service de M. J.-L. Reverdin ; sort le 24 février 1881.

Roth dit n'avoir jamais été malade ; en particulier il affirme n'avoir eu aucune affection vénérienne.

Il y quinze ou seize mois environ que le malade s'est aperçu qu'il avait, dans la région des bourses à droite, une tumeur peu volumineuse; elle a graduellement augmenté sans lui causer de douleurs jusqu'au commencement de janvier. Depuis quinze jours, sans cause connue, sans traumatisme, la tumeur a pris tout à coup un développement beaucoup plus rapide ; elle aurait, dans cet espace de temps, augmenté d'un tiers environ, du reste sans occasionner plus de douleurs qu'auparavant.

(1) Observation recueillie par M. Vauthier, interne du service.

Le jeudi 20 janvier au soir, il était assis tranquillement sur une chaise, quand, tout à coup, il a ressenti comme une piqûre dans les bourses ; il a vu que celles-ci gonflaient et changeaient de couleur ; en une demi-heure, elles étaient devenues rouge bleuâtre ; il s'est mis aussitôt au lit, mais malgré le repos, la tumeur a encore augmenté de volume pendant la nuit et les jours suivants. Le docteur Sylvestre appelé auprès de lui constate le 21 à deux heures de l'après midi que les dimensions des bourses sont les suivantes :

De l'anneau inguinal au sommet de la tumeur,	30 centimètres
De la racine de la verge au sommet de la tumeur,	18 »
Diamètre transversal maximum,	15 »
Circonférence maximum,	47 »

Le soir, le professeur Reverdin le voit avec le docteur Sylvestre e le fait entrer à l'hôpital.

Le 22. Le volume de la tumeur s'est encore accru, voici ses dimensions à 10 heures du matin :

De l'anneau inguinal au sommet de la tumeur,	33 centimètres
De la racine de la verge au sommet de la tumeur,	21 »
Circonférence maximum,	50 »

La tumeur est pyriforme et englobe toutes les bourses ; le raphé forme une ligne oblique qui partage la tumeur en deux parties ; à gauche du raphé sous la peau infiltrée on trouve le testicule qui paraît sain ; la partie droite est beaucoup plus volumineuse et forme le sommet ; elle représente une masse ovoïde qui ne s'arrête en haut qu'à l'orifice inguinal ; dans cette partie droite on constate une fluctuation exquise ; on a même une sensation de flot par le tapotement ; la palpation révèle une mollesse élastique. Teinte ecchymotique, bleuâtre en avant, noirâtre à la partie postérieure et sur le fourreau de la verge ; malgré le volume de la tumeur, la verge fait encore une saillie de 6 centimètres. Pas de transparence ; matité absolue à la percussion. Fièvre 38° 1.

M. Reverdin procède immédiatement à l'opération.

Une incision de 12 centimètres est faite en avant et à droite et traverse les différentes couches du scrotum infiltrées de sang ; on arrive dans une sorte de cavité remplie de sang et de caillots, et tapissée en partie extérieurement par une membrane lisse, présentant l'aspect d'une mince lame fibreuse ; c'est surtout entre cette membrane et la tunique vaginale que les caillots se trouvent accumulés. Après les avoir rapidement enlevés, on voit s'écouler de la cavité vaginale un

liquide séro-sanguinolent; la tunique vaginale présente sur sa partie antérieure et moyenne un orifice à lèvres irrégulières, un peu noirâtres, qui permet l'entrée d'une des branches d'une paire de ciseaux; l'ouverture est alors agrandie de haut en bas largement; la tunique vaginale est épaissie; le testicule est sain. Lavage de la cavité vaginale et de toute la plaie avec la solution phéniquée à 2 1/2 0/0. Nous ne voyons aucune branche artérielle d'où ait pu provenir le sang; l'hémorrhagie paraît arrêtée. Ligatures au catgut des artérioles *coupées pendant l'incision* et qui ont été saisies avec des pinces au fur et à mesure.

7 sutures profondes traversant à la fois les deux lèvres de l'incision cutanée et les deux lèvres de l'incision de la tunique vaginale, 4 sutures superficielles, toutes faites avec le catgut, 2 drains résorbables ont été placés jusqu'au contact du testicule.

Pansement de Lister.

La quantité de liquide évacué se monte à 1500 grammes environ. Le patient a très bien supporté l'opération sans anesthésie.

Un petit lambeau de la membrane qui limitait en dehors la masse du sang et des caillots a été réséqué pour être examiné; à l'œil nu elle a l'aspect d'un tissu fibreux, nacré, comme un aponévrose mince; l'examen histologique fait par M. le professeur Zahn a montré qu'elle était réellement constituée par du tissu fibreux.

Soir. Pouls fréquent. Temp. axillaire 38°8. Pas de douleurs.

23 *janvier*. 38°2. Le malade a mal dormi et se plaint de la pression du pansement; la verge est œdématiée, on débride le bandage à ce niveau. Soir, 38°7.

Le 24. 38°4. Malaise, céphalalgie, urines chargées, pas d'appétit, deux paquets de sulfate de quinine de 0,25, soir 39°3.

Le 25. 38°7. Même état, quatre paquets de quinine, soir 40°3.

Le 26. 39°4. Premier changement de pansement; les bourses se sont beaucoup dégorgées; la plaie a très bon aspect, la réunion paraît se faire. Pansement de Lister, soir 39°7.

Le 27. 38°8, soir 39°.

Le 28. 38° 1. Second changement de pansement. La tumeur a encore beaucoup diminué, la réunion est faite, sauf au niveau des drains; l'état général est bon, l'appétit et le sommeil sont revenus. on enlève les sutures superficielles. Soir, 37°8.

Le 29. 37°8; soir, 37°9.

Le 30. 37°8; soir, 38°1.

Le 31. 37°6. Troisième changement de pansement. La diminution continue, la réunion est définitive; au niveau des drains, bourgeons charnus recouverts d'une couche fibrineuse, état général très bon. On enlève les sutures profondes. Soir, 38°

1er *février*. 37°6; soir, 37°6.

Le 2. 37°1; soir, 37°2.

Le 3. 37°4; soir, 37°3. Depuis lors l'apyrexie continue jusqu'à la sortie du malade.

Le 4. Dernier pansement de Lister; il s'écoule une petite quantité de pus clair au niveau des drains.

Le 8. Le pansement est fait avec un simple suspensoir; la suppuration très légère diminue rapidement; le 15 on constate que la testicule paraît encore gros, mais a diminué et n'est pas douloureux, le malade se lève depuis quelques jours, et se trouve très bien.

Il sort le 24, la cicatrisation n'est pas encore absolument complète, mais il est très bien du reste, les bourses à droite ont encore presque le volume du poing.

Quinze jours après, la cicatrisation était complètement terminée. Depuis lors l'opéré que je viens de revoir s'est toujours bien porté; il n'a jamais rien ressenti du côté des bourses; la cicatrice est souple, le testicule mobile, normal; il n'y a pas trace d'induration, ni d'épanchement (17 janvier 1883).

Il est à noter que malgré l'élévation de la température, il n'y a eu aucune trace de septicité locale; mais il y avait beaucoup de sang infiltré dans les tissus, c'est sa résorption qui explique, peut-être, l'élévation de la température, quoique ce sang ne se soit pas altéré; du reste avant l'opération nous trouvions déjà 38°1 et cela vient à l'appui de notre supposition.

Observation II (1).

(Personnelle.)

Ducimetière, 45 ans, agriculteur, entre le 22 février 1881 dans le service de M. J.-L. Reverdin et sort le 14 mars.

Au printemps de 1878, le malade qui dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes s'est aperçu pour la première fois que son testicule gauche devenait gros; d'après lui il aurait acquis en six jours le

(1) Observation recueillie par M. Vauthier, interne du service.

volume d'une poire. Il a consulté alors le Dr Mégevand qui lui a conseillé la ponction ; il ne l'a pas acceptée. Quoique la tumeur le gênât dans son travail et lui causât des douleurs, une sensation de pesanteur et de ballottement dans le bas-ventre, il n'y a rien fait pendant deux ans.

L'année dernière au printemps le Dr Roussel a ponctionné la tumeur, il en est sorti un liquide limpide, jaunâtre, le malade est resté un jour au lit et a repris son travail. Environ un mois après la tumeur a réapparu et grossi peu à peu, elle a repris tout son volume.

Il y a douze jours en grimpant à un arbre, le malade a ressenti une douleur assez vive dans le testicule ; il a été obligé de se mettre au lit ; les bourses se sont tuméfiées et ont pris une coloration rouge noir. Le Dr Roussel est venu le troisième jour et a fait une nouvelle ponction ; il est sorti environ deux verres d'un liquide noir épais, mêlé à un liquide clair. Deux jours après la tumeur était aussi grosse qu'avant la ponction.

Le malade entre à l'hôpital le 22 février sur le conseil du Dr Ducellier.

Etat actuel. Les bourses forment une tumeur volumineuse assez bien limitée, et s'arrêtant en haut au niveau de l'orifice inguinal gauche, elles présentent une teinte ecchymotique rouge noir ; la fluctuation est plus nette, la transparence est nulle. A droite, le testicule facile à sentir paraît normal. Les dimensions de la tumeur sont les suivantes :

De l'anneau inguinal au sommet de la tumeur,	17 cent.
De la racine de la verge au sommet de la tumeur,	13 cent.
Circonférence maximum,	33 cent.

L'opération est pratiquée le 24 février 1881. Chloroforme, incision s'étendant de l'anneau inguinal au sommet de la tumeur en avant ; on divise les différentes couches du scrotum et l'on arrive directement sur le testicule qui se trouvait en inversion, et dont la substance propre fait hernie à travers une courte incision faite dans l'albuginée ; je passe alors plus en dedans et j'arrive dans le foyer ; nous constatons que la vaginale présente une perforation à bords déchiquetés, irrégulière de couleur foncée (j'en excise une partie pour l'examen, malheureusement la pièce a été égarée). En dehors de la vaginale entre elle et la tunique fibreuse se trouve une grande quantité de caillots noirs ; la cavité vaginale elle-même renferme un liquide clair, séro-sanguinolent, qui s'écoule complètement une fois la

…reuse largement incisée. La surface interne de la vaginale est iné-…ile ; sur le testicule on observe un grand nombre de verrucosités de …onsistance dure que l'on excise.

Lavage de la plaie et de la cavité avec la solution phéniquée à 5 0/0. …n recoud la plaie de la tunique albuginée avec trois points de catgut.

Suture de la plaie au catgut, les fils traversent à la fois la peau et … vaginale ; deux drains résorbables.

Pansement de Lister avec éponges compressives.

Pas plus que dans l'autre cas nous n'avons trouvé le ou les vais-…eaux qui avaient fourni l'hémorrhagie.

Le malade avait eu le 23 février 37,5 le matin, 38,1 le soir, 37,6 le …4 au matin ; le soir de l'opération il a 37,9, pouls à 84, urines nor-…ales, il se sent très bien.

Le 25, 37° ; le pansement comprime un peu trop, il y a de l'œdème …e la verge, on débride le bandage.

Soir, 37,8.

Le 26. 37.3. On change le pansement ; la plaie a très bon aspect, …uintement très modéré, état général bon, appétit.

Soir, 37,4.

Le 27, 37,1, soir 37,6.

Le 28, 37,4, soir 37,7.

1er mars 37,2. Pansement ; léger suintement sanguinolent ; réunion …ar première intension ; les sutures sont tombées, on voit les drains …emplis d'un caillot ; la tumeur a notablement diminué et est moins …ure. Etat général très bon.

Soir 37,4.

A partir de ce jour la température n'a jamais dépassé 37,6 le soir, …i 37,3 le matin.

Le 5. Pansement. Réunion complète sauf au niveau des drains, …eux-ci ne fournissent qu'un suintement séro-sanguinolent, la tumeur …iminue de volume et de consistance.

Le 10. On remplace le pansement de Lister par un suspensoir rem-…li d'ouate salicylée ; les drains ne sont pas encore complètement ré-…orbés.

Le 14. Le malade quitte l'hôpital ; la tumeur présente encore un …ertain volume ; elle est beaucoup moins dure que quelques jours au-…aravant. La cicatrisation est terminée sauf en deux petits points où …on touche le bourgeon avec la pierre.

Je ne l'ai malheureusement pas revu depuis.

Anatomie pathologique. — On ne peut malheureusement utiliser qu'un petit nombre des observations que j'ai rassemblées pour la détermination du *siège de l'épanchement sanguin ;* les deux malades que j'ai opérés m'ayant fourni des données identiques, je suis autorisé à supposer qu'elles répondent, jusqu'à un certain point, à la règle ; nous verrons quelles exceptions sont à la rigueur possibles.

Or, dans mes deux opérations, les choses se sont présentées de la manière suivante : incisant les bourses à leur partie antérieure, du côté correspondant à l'ancienne hydrocèle, je suis arrivé dans une cavité de nouvelle formation située immédiatement en dehors de la tunique vaginale ; cette cavité renfermait de nombreux caillots noirâtres, ayant l'aspect de caillots récents ; ils baignaient dans un liquide séro-sanguinolent fortement coloré. Ces caillots enlevés, ce qui fut facile, car nulle part ils n'étaient adhérents d'une façon tant soit peu solide, je pus examiner les parois de la cavité et déterminer sa topographie. Elle était située en avant et en bas des bourses, et plutôt développée du côté correspondant à la cloison ; c'est là que se trouvait la partie la plus spacieuse, mais elle remontait sur la vaginale pariétale en s'amincissant et sans arriver jusqu'au cordon ; cette description répond surtout au premier cas dans lequel le testicule avait sa situation normale ; dans l'autre, le testicule étant en inversion, la collection hématique était creusée en dedans de lui du côté de la cloison et surtout développée à la partie inférieure.

Cette cavité est nettement limitée du côté de la vaginale ; c'est cette membrane, en effet séparée et partiellement disséquée, conservant une coloration blanchâtre, que l'on aperçoit à moitié flottante au fond de l'incision ; en dehors, au contraire, la paroi externe, ou pour mieux dire superficielle de la cavité, présente à première vue une coloration bleuâtre, les tissus sont infiltrés de sang ; mais si l'on y regarde de plus près, on ne tarde pas à voir qu'elle est limitée par une membrane lisse, très nettement fibreuse ; dans ma seconde opération, j'en ai détaché un lambeau ; à l'œil nu c'était absolument l'aspect d'une aponévrose

, avec ses tractus fibreux nacrés ; au microscope c'était du u fibreux pur. Il est clair que si, comme je l'avance en toute arité, pour l'avoir vu et bien vu par deux fois, l'épanche-nt sanguin se trouve immédiatement en dehors de la vagi- qui est comme disséquée, l'autre paroi de la cavité ne peut formée que par la tunique fibreuse (vaginale commune des emands). Nous ne voyons pas, il est vrai, sur un testicule la fibreuse présenter l'aspect d'une lame aussi nettement névrotique, à tractus fibreux nacrés, aussi apparents; mais ut se rappeler que dans le cas présent, la vaginale a été ou moins longtemps distendue par le liquide de l'hydro-, que la séreuse a été le siège d'un travail de phlegmasie onique et que la fibreuse a bien pu y participer. Je regrette 'avoir pas porté mon attention sur l'état de la tunique fi-use dans les incisions d'hydrocèles assez nombreuses que j'ai iquées jusqu'ici; cependant, il y a quelques jours je fis l'in-on pour une hydrocèle renfermant 400 grammes environ de ide, quoique la poche fût relativement peu tendue. L'opé-on et le lavage terminés, avant de pratiquer la suture, je nettement sur les bords de l'incision de la vaginale trois seaux assez volumineux et à parois épaisses, d'où s'écoulait *appe* un peu de sang; en saisissant ces vaisseaux je vis ls siégeaient exactement entre la tunique vaginale et la tu-ne fibreuse que l'on pouvait assez facilement décoller; cette que fibreuse présentait une assez forte épaisseur que j'éva-à plus d'un millimètre. Je reviendrai sur cette observation opos de la source du sang; mais elle montre qu'au moins ce cas la tunique fibreuse avait augmenté de densité et aisseur, qu'elle avait participé au travail de phlegmasie nique; il en est probablement ainsi dans bon nombre d'hy-èles et cette altération était manifeste dans nos deux cas drohématocèle. Cet épaississement est-il dû à la propaga- de l'irritation du fait de l'hydrocèle, au port d'un suspen-, ou aux traumatismes que subit facilement, constamment eut dire, une bourse volumineuse? Peu importe, le fait est ablement fréquent ; ce même épaississement de la fibreuse

a, du reste, été signalé par Gosselin dans l'hématocèle vaginale. Malgré son épaisseur anormale, la tunique fibreuse n'oppose pas au sang épanché une barrière infranchissable, puisque l'ecchymose dans nos cas est venue se produire à la peau; mais il semble que c'est plutôt par filtration à travers les mailles du tissu que par une rupture de la membrane que se fait le passage du liquide; nous n'y avons pas vu de déchirure, les caillots accumulés se trouvaient en dedans de la fibreuse, les tissus superficiels étaient simplement infiltrés.

Le siège exact de l'épanchement sanguin dans un cas d'hématocèle pariétale a été signalé par Imbert Delonne (1); d'après lui, Milici, de Marseille, incisant une volumineuse hématocèle trouva que « l'humeur était renfermée dans une poche particulière dont la convexité de la tunique vaginale faisait la partie postérieure » ; rien n'indique malheureusement si ce cas rentre ou non dans la catégorie de ceux que j'étudie.

Quoique la description donnée par Walter ne soit pas très claire, on voit pourtant que le siège de l'épanchement sanguin était profond, les couches superficielles étaient simplement infiltrées ; je donnerai cette observation.

Les caillots ayant été évacués de la cavité extra-vaginale, j'ai constaté qu'un liquide s'écoulait de la vaginale elle-même, qu'il s'échappait par une déchirure de la séreuse. Ce liquide était un mélange intime de sang en petite quantité et du contenu normal de l'hydrocèle, c'est le liquide de l'hydrocèle teint en rose ou en rouge par un peu de sang; je n'ai pas vu de caillots dans ce liquide, et je n'en ai pas rencontré dans la cavité séreuse, une fois que sa déchirure a été agrandie. Ce liquide était donc très différent de l'épanchement extra-vaginal ; d'un côté nous avons du sang presque pur, en grande partie coagulé, mélangé à une petite quantité de sérosité; de l'autre de la sérosité sanguinolente simplement colorée par une proportion relativement faible de sang. Il semble donc que la source de l'h

(1) Imbert Delonne. Cure radicale de l'hydrocèle, etc. Paris, 17 p. 318.

rhagie doit être recherchée en dehors de la vaginale, soit à
urface externe, soit à la face interne de la tunique fibreuse ;
s reviendrons tout à l'heure sur ce sujet.
ans le cas suivant, observé par J.-L. Petit, cette distribution
gale du sang épanché a été bien indiquée.

OBSERVATION III (1).

n cavalier du régiment des cuirassiers, ayant une hydrocèle, re-
un coup de pied de cheval sur le scrotum qui creva le sac de
drocèle, et rompit quelques vaisseaux sanguins ; il fut mené à
pital de Dinan, pays de Liège, où j'étais alors. Les eaux et le
g des vaisseaux ouverts, épanchés ensemble, s'étaient infiltrés dans
le tissu cellulaire du scrotum et de la verge; celle-ci devint grosse
point que l'ouverture du prépuce ne permettait qu'à peine la sortie
urines. En peu de temps l'ecchymose s'étendit fort avant sous la
u des cuisses et du ventre, et la douleur, suite du coup, était très
sidérable ; j'enveloppai toutes ces parties de compresses trempées
s de l'eau tiède animée d'eau-de-vie ; le malade fut promptement
ouru par de nombreuses saignées, et la douleur diminua ; mais
tre jours après, il survint inflammation et fièvre, ce qui m'obligea
uvrir le scrotum ; il sortit peu de caillots, mais une grande quan-
de sang fluide, non qu'il eût conservé sa fluidité naturelle, mais
ce qu'il était délayé par l'eau de l'hydrocèle ; je trouvai difficile-
nt l'ouverture par où les eaux s'étaient écoulées, car elle n'était
considérable, et de plus, elle était presque bouchée par un caillot.
fut par ce trou que j'introduisis une sonde creuse, à la faveur de
uelle je passai un bistouri pour ouvrir le sac dans toute son éten-
, et j'évacuai une matière sanieuse semblable à la précédente,
is un peu plus fluide, parce qu'il était entré moins de sang dans ce
qu'il n'était sorti d'eau. J'avais d'autant plus de raison de me
vir de la sonde creuse pour conduire le bistouri que je ne doutais
int que ce sac ne fût le péritestès, et que l'ayant ouvert je dus
uver le testicule à nu, partie qu'il faut éviter, et dont la piqûre
souvent fâcheuse. Les accidents cessèrent, la suppuration s'établit,

1) *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur convien-*
nt, ouvrage posthume de J.-L. Petit, nouvelle édition. Paris, 1790,
II, p. 458.

et cette blessure fut conduite à parfaite guérison par les moyens ordinaires.

L'observation de Walter est moins nette; on voit bien qu'au moment de l'incision de la vaginale s'est écoulé un liquide couleur paille, mais il ajoute que la cavité ne s'affaissa pas vu la grande quantité de sang coagulé qui la remplissait, aussi bien que celle de la tunique vaginale, du cordon spermatique et du canal inguinal; cela, il faut l'avouer, est ambigu; de quelle cavité s'agit-il, si l'on nous parle ensuite de celle de la tunique vaginale ?

La déchirure de la tunique vaginale a été vue et examinée dans cinq cas. J.-L. Petit ne trouva que difficilement l'ouverture qui était petite, presque bouchée par un caillot, mais qui permit cependant l'introduction d'une sonde creuse.

Astley Cooper la décrit de la façon suivante :

Observation IV (1).

On amena à l'hôpital de Guy un homme qui portait une hydrocèle ancienne, sur laquelle il avait reçu un coup violent, qui détermina une contusion du scrotum et une augmentation soudaine dans le volume de la tumeur.

La distension déterminant une violente douleur, je pratiquai immédiatement une incision qui donna issue à une grande quantité d'eau et de sang coagulé. La tunique examinée intérieurement, au moyen de cette incision, présenta une déchirure longue d'un à deux pouces et recouverte par un caillot.

Walter trouva la vaginale déchirée vers le raphé, l'ouverture laissait passer facilement le doigt dans le tissu cellulaire du scrotum.

Ces trois descriptions sont assez sommaires; je puis les compléter grâce à mes deux opérations ; chez Roth la déchirure de la vaginale siège en avant, à peu près à mi-hauteur, ses lèvres

(1) Œuvres chirurgicales complètes de sir Astley Cooper, traduction de E. Chassaignac et G. Richelot, 1857, p. 491, obs. 438.

ont un peu irrégulières, un peu noirâtres ; elle permet l'introduction facile de l'une des branches d'une paire de ciseaux de trousse, elle a donc environ deux centimètres de hauteur ; chez Faucimetière, les dimensions étaient, d'après mes souvenirs, à peu près les mêmes, les bords de l'ouverture étaient déchiquetés, irréguliers, de couleur foncée ; comme le testicule était en inversion, c'était en dedans et un peu en arrière vers la partie moyenne qu'elle siégeait. Je me rappelle très bien que dans les deux cas la déchirure était dirigée verticalement, quoique cela n'ait pas été noté dans les observations.

Ainsi l'ouverture de la vaginale a bien les caractères d'une déchirure ; il est impossible, vu sa forme irrégulière, sa teinte ecchymotique, de supposer qu'elle soit due au bistouri du chirurgien ; sur *huit* cas dans lesquels les bourses ont été incisées, cette déchirure a été rencontrée *cinq* fois.

Il nous reste maintenant à rechercher quelle est la *source de l'hémorrhagie*, d'où provient le sang, épanché en majeure partie en dehors de la tunique vaginale.

Je remarque d'abord qu'une fois seulement il est question d'une artère qui aurait été trouvée rompue ; mais il n'est pas question de ligature ; un peu de lint placé sur son ouverture, une bandelette de sparadrap cerclant le scrotum suffisent pour faire cesser définitivement l'hémorrhagie. S'agit-il bien là d'une hémorrhagie vraiment artérielle ? J'en doute fort pour ma part, mais voici le fait.

Observation V (1).

Hydrocèle de la tunique vaginale ; hématocèle ; effusion du sérum dans le tissu cellulaire du scrotum et du pénis, par A. G. Walter, chirurgien, Pittsburg, Pensylvanie, U. S.

Robert Thompson, âgé de 55 ans, de Pittsburgh, cordonnier de son état, de bonne constitution, d'habitudes tempérées, et robuste de santé, avait eu une hydrocèle de la tunique vaginale gauche il y a 5 ans, qui avait graduellement acquis des dimensions considérables,

(1) A.-G. Walter, chirurgien. Pittsburgh Pensylvanie U. S. *British Medical Journal*, 1857, p. 524.

sans lui occasionner d'autres désagréments que son volume. On ne peut assigner aucune cause à son apparition. En décembre dernier, pendant qu'il travaillait, préparant au marteau un morceau de cuir de semelle sur une pierre posée sur son genou, la pierre glissa et frappa violemment le côté gauche du scrotum, produisant une violente douleur et une défaillance. Le shock néanmoins passa bientôt, mais non la douleur, et une tuméfaction progressive du scrotum se manifesta bientôt. Le soir, l'un et l'autre symptôme s'étaient aggravés; et dans la nuit, plus de douze heures après le traumatisme, je fus appelé à voir le malade. Je le trouvai souffrant de vives douleurs dans le scrotum, le cordon spermatique, et la partie inférieure de l'abdomen.

Son pouls était faible et calme ; les mains et les pieds froids; il avait du refroidissement de la surface du corps et des nausées. Le pénis, le scrotum en entier, la région du cordon spermatique et du canal inguinal du côté gauche étaient très tuméfiés ; le scrotum était chaud et d'une teinte brunâtre, comme érysipélateuse. La peau de toute la partie antérieure du scrotum, mais surtout à droite, celle du pénis, était ferme et indurée, la face postérieure du scrotum restant souple. La région inguinale gauche était très tuméfiée et très douloureuse, mais la peau qui la recouvrait n'était ni infiltrée, ni altérée dans sa coloration.

Sachant que le malade avait eu une hydrocèle et apprenant qu'il était indemne de hernie, mais qu'il avait reçu un coup sur le scrotum, étant assis, il était naturel de supposer qu'il s'était fait une rupture de la tunique vaginale et que le liquide, renfermé dans sa cavité, s'était en conséquence infiltré dans le tissu cellulaire sous la peau du scrotum, du canal inguinal et du pénis. Cela devait expliquer le gonflement de ces parties, mais non le changement de la coloration de la peau de la partie antérieure du scrotum, qui était au moins double de celui qu'il présentait avant que l'accident ne fût arrivé. Il sembla qu'il n'y avait pas d'autre supposition plausible, que celle d'une extravasation de sang, par rupture de quelque vaisseaux sanguins, et infiltration de ce sang avec le sérum, dans la tunique vaginale du testicule (1), et dans le canal inguinal : ce qui fut vérifié pendant l'opération.

(1) « Tunica vaginalis testis » signifie ici, à ce que je suppose, la tunique fibreuse des Français, « tunica vaginalis communis » des Allemands. J.-L. R.

Il ne pouvait y avoir de doutes sur le traitement convenable dans ce cas. Il fallait soulager la peau du scrotum de l'excessive tension causée par l'accumulation de sérum et de sang, sous peine de mortification. La tunique vaginale du scrotum et du cordon spermatique devait être ouverte ; le sang extravasé et coagulé devait être évacué, sans quoi il s'ensuivrait une excessive suppuration; et enfin, il fallait s'assurer du vaisseau qui donnait le sang, sinon il pourrait y avoir une extravasation de sang alarmante par sa quantité, avec gangrène du contenu du scrotum, le tout mettant en péril la vie du malade. On recourut à l'opération pour l'hydrocèle par incision du scrotum tandis que le malade fut sous l'influence du chloroforme. Une longue incision fut faite à la partie antérieure du scrotum, partant au-dessous de l'aine et aboutissant au sommet du scrotum ; elle traversa la peau et le tissu cellulaire qui fut trouvé infiltré de sérum et de sang coagulé. La tunique vaginale, très épaissie, fut alors divisée dans la même étendue. En l'ouvrant, plus d'une demie-pinte de sérum de couleur ...ille s'en échappa ; mais la cavité ne s'affaissa pas vu la grande quantité de sang coagulé qui la remplissait, aussi bien que celle de la tunique vaginale, du cordon spermatique et du canal inguinal. Lorsque le sang coagulé fut évacué, il se produisit un écoulement profus de sang frais, venant de l'ouverture d'une artère rompue de la tunique vaginale, que l'on trouva déchirée vers le raphé, l'ouverture laissant passer facilement le doigt dans le tissu cellulaire du scrotum. A travers cette fente le sang avait trouvé son chemin dans le tissu cellulaire de tout le scrotum, et le pénis donnant lieu à cette apparence ...unâtre que présentaient ces parties. Le renouvellement de l'hémorragie avait été causé par l'enlèvement des caillots, qui avaient joué ...mporairement le rôle d'un tampon sur le vaisseau saignant. Du ...t placé sur le vaisseau et dans la plaie, et une bande d'emplâtre adhésif encerclant le scrotum, arrêtèrent l'hémorrhagie. Un opiacé donné au malade après l'opération amena un bon sommeil.

Les suites furent favorables, sans nouvelle hémorrhagie, avec une ...action ordinaire, avec une suppuration médiocre en temps voulu, et ...e rapide disparition de la tuméfaction du pénis, de l'aine et du scrotum. La plaie fut fermée en six semaines et l'opéré fut en état de reprendre son travail.

Remarques. — Ce cas est particulièrement intéressant, non seulement en raison de sa nature compliquée et des symptômes alarmants qui se produisirent, mais aussi en raison du rapide succès donné

par une opération simple : l'incision du scrotum et de la tunique vaginale.

Dans un cas d'hématocèle consécutive à la ponction d'une hydrocèle, Scarpa trouva l'artère spermatique lésée, mais cela n'a rien de commun avec nos hydrohématocèles par rupture.

Quand aucune incision n'est pratiquée, comme chez les malades de M. Desprès, on ne peut se rendre compte de l'origine de l'hémorrhagie ; il faut seulement se souvenir que parfois cette hémorrhagie s'arrête après la ponction, ou que, si elle se reproduit partiellement, l'épanchement peut rester stationnaire ou se résorber plus ou moins complètement, laissant comme trace de son existence soit un noyau induré, soit une collection liquide circonscrite.

Dans la généralité des cas donc, le sang ne doit pas provenir de la lésion d'une artère volumineuse ; sans cela cette artère blessée aurait été découverte plus souvent ; dans le cas de Roth, où l'epanchement était encore en voie d'augmentation quand j'ai incisé la tumeur, je n'ai rien pu découvrir. L'artère qui a donné le sang serait-elle obstruée par un caillot ? Cela est peu probable, car les opérés de Petit et de Cooper ont suppuré comme celui de Walter, et ils n'ont pas eu d'hémorrhagies secondaires A la rigueur on pourrait supposer, si nous n'avions pas une explication plus plausible à donner, que le sang est versé par les artérioles de la tunique fibreuse.

On ne peut pas admettre non plus que l'hémorrhagie provienne des vaisseaux capillaires de la tunique vaginale, particulièrement des vaisseaux nouveaux, développés par le fait du travail inflammatoire ; qu'en un mot sa source soit celle que le professeur Gosselin, mon vénéré maître, a si bien établie pour l'hématocèle vaginale spontanée. Il suffit de se rappeler que les caillots siègent en dehors de la vaginale, et que le liquide vaginal est seulement coloré plus ou moins pour repousser immédiatement cette hypothèse.

La source du sang, comme je l'ai déjà fait remarquer plus haut doit être cherchée en dehors de la vaginale ; le

artérioles qui rampent à sa surface se contracteraient bientôt après leur déchirure, et ainsi l'hémorrhagie s'arrêterait d'elle-même ; d'ailleurs leur calibre ne me paraît pas en rapport avec la quantité de l'épanchement ; remarquons encore que c'est une déchirure qui s'est produite, et que l'hémorrhagie artérielle est ordinairement minime ou nulle dans ces cas, comme dans les plaies par arrachement et pour la même raison. Ce n'est pas non plus la vaginale (sauf dans le cas de Walter qui n'est pas assez précis, nous l'avons vu) qui donne au niveau de la déchirure ; il ne reste donc que les vaisseaux veineux qui puissent être en cause.

Or il existe précisément un réseau veineux normal dans la tunique fibreuse, réseau plus ou moins voisin de la surface externe de la vaginale ; les radicules veineuses prennent leur origine en majeure partie dans l'épaisseur de la tunique fibreuse ; à mesure qu'elles augmentent de volume ces veines font de plus en plus saillie à la face interne de la tunique fibreuse, puis elles forment des troncs assez volumineux déjà dans des bourses normales, circulant dans le tissu cellulaire très délicat qui unit la séreuse avec la tunique fibreuse ; ces troncs se dirigent vers la queue de l'épididyme où ils se réunissent avec les veines testiculaires et épididymaires pour aller se jeter dans le plexus pampiniforme ; j'ai pu, grâce à l'obligeance de mon collègue le professeur Laskowski, vérifier cette disposition que j'ai déjà indiquée plus haut (1). Dans le cas d'incision d'hydrocèle que j'ai mentionné page 11, non seulement la tunique fibreuse était épaissie, mais les veines dont je m'occupe présentaient un volume plus considérable qu'à l'état normal ; leurs parois étaient épaisses et elles donnaient assez de sang pour qu'il nous parût utile de les lier. Il est permis de supposer, à plus forte raison, que chez les malades que j'ai eu à observer, et chez lesquels l'hydrocèle avait acquis avant la rupture des proportions inusitées, dues non pas tant à l'abondance absolue du liquide qu'à son aug-

(1) Ceci était écrit lorsque j'ai eu connaissance de la thèse de Barrois (Lille, 1882) ; elle confirme en grande partie la description que je viens de donner.

mentation rapide, le réseau veineux que je signale était également très développé. Il est permis de supposer en outre que la rupture de la vaginale a pu intéresser quelqu'un de ces vaisseaux; c'est de sa déchirure que serait résultée l'hémorrhagie.

Cette hypothèse se rapproche de celle de Lannelongue (1), à part cette différence que dans la sienne il est question de petits vaisseaux et de capillaires devenus variqueux et qu'il ne spécifie pas leur nature veineuse. Voici ce passage : « Mais si la texture et la pauvreté vasculaire de la séreuse saine, si le contact de ses deux feuillets, si sa mobilité, et l'adhérence à l'albuginée de sa partie viscérale, rendent impossibles les infiltrations et très exceptionnels les épanchements par la difficulté même d'une déchirure préalable de cette séreuse, il n'en est plus ainsi lorsqu'une hydrocèle occupait déjà la vaginale. Dans ce dernier cas, en effet les conditions anatomiques de la séreuse et de la couche cellulo-fibreuse qui la double sont modifiées. Les petits vaisseaux et les capillaires qui cheminent dans cette couche deviennent variqueux, leurs parois subissent une dégénérescence qui en favorise la dilatation d'abord, la rupture ensuite, sous l'influence d'une cause traumatique. Le traumatisme en outre trouve dans la vaginale, distendue par le liquide de l'hydrocèle, une masse plus volumineuse, plus résistante, et surtout moins mobile, moins apte en un mot à fuir devant une violence extérieure. Aussi trouve-t-on d'ordinaire une rupture plus ou moins étendue, plus ou moins régulière, de la vaginale, et parfois un caillot recouvre complètement la solution de continuité. »

Mon hypothèse, non encore vérifiée *de visu*, il est vrai, n'en est pas moins plausible.

Elle soulève cependant une objection à laquelle il faut répondre. Nous ne sommes pas habitués à voir les hémorrhagies veineuses, sans circonstances spéciales, être aussi abondantes et persistantes que dans le cas de Roth par exemple ; mais il y a précisément alors à tenir compte de la gêne de circulation en

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVII, p. 270.

retour et du milieu dans lequel se fait l'hémorrhagie; le sang coule au contact d'un liquide séreux, celui de l'hydrocèle; je serais du reste bien embarrassé pour élucider le mécanisme de la persistance ou de l'abondance de l'hémorrhagie d'une façon complètement satisfaisante, et je laisse ce point en suspens. Il n'en reste pas moins que la présence de sang presque pur en dehors de la vaginale, de sang mêlé en proportion relativement faible avec le liquide d'hydrocèle, la localisation du sang pur, en partie coagulé, entre la tunique fibreuse et la vaginale, l'existence normale des troncs veineux entre ces deux membranes, troncs anormalement volumineux dans les cas d'hydrocèles volumineuses, sont de puissants arguments en faveur de l'hypothèse que j'avance et qui sera je l'espère démontrée juste par de nouvelles observations.

Comment l'hémorrhagie s'arrête-t-elle une fois l'incision faite? Peut-être parce que cette incision complète une déchirure restée partielle d'un tronc veineux ; ou bien parce que la détente amenée par l'évacuation du liquide rend plus libre dans les troncs veineux la circulation que gênait la compression due à l'épanchement; ce fait rappelle de loin ce qui se passe dans la trachéotomie où le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie veineuse est d'ouvrir la trachée. Il faut noter pourtant qu'après la simple ponction l'on a vu le liquide se reproduire, et que ce liquide reproduit s'est trouvé à une nouvelle ponction de nouveau sanguinolent; mais l'on agit alors à l'aveugle et il est bien difficile de savoir au juste où l'ouverture du trocart a pénétré et ce qu'elle a évacué; le liquide teinté de l'hydrocèle probablement plus souvent que le sang épanché en dehors de la vaginale; les caillots en tous cas sont restés en grande partie, et l'épanchement séreux a pu leur emprunter sa coloration. Il faut donc laisser encore en suspens la réponse à cette question : comment l'incision arrête-t-elle l'hémorrhagie.

Je discuterai plus tard le mécanisme de la rupture spontanée ou traumatique de l'hydrocèle ; pour le moment, voyons quelles sont les *altérations observées dans la vaginale* dans les hydro-hématocèles par rupture.

La séreuse a présenté, dans les cas où elle a été examinée, des signes évidents de phlegmasie chronique. B. Gooch nous la montre fortement épaissie et devenue presque cartilagineuse; le testicule lui-même paraissait dégénéré ressemblant à du foie putréfié.

OBSERVATION VI (1).

A case of an hydrocele of the tunica vaginalis on each side, attended with some extraordinary circumstances, in wich castration was performed on one side and the operation for the radical cure on the other, according to M. Douglas's method described in his judicious treatise upon this subject.

M. A. de H..., âgé de plus de 50 ans, était d'une constitution naturellement robuste et saine, qu'il avait beaucoup altérée par intempérance et spécialement par les boissons alcooliques; dans un violent effort pour lever une lourde charge, il sentit, pour user de sa propre expression, un craquement dans les lombes, comme si quelque chose s'était brisé et fut aussitôt dans l'impossibilité de marcher. Bientôt après cet accident, il remarqua un gonflement dans le côté gauche de son scrotum. Quelques mois après, il demanda mon avis pour ce cas, qui me parut une vraie hydrocèle de la tunique vaginale. Je l'ouvris alors, donnant issue à un quart de liquide limpide et il continua bientôt de nouveau son emploi ordinaire.

Peu de temps après cette opération, la même maladie apparut de l'autre côté, et cinq ou six mois après, je fis avec une lancette ordinaire la ponction de chaque côté, introduisant immédiatement une sonde de femme et évacuai de chaque côté, environ une pinte et demie de la même espèce de liquide. Dans l'espace de deux à trois ans, je fis l'opération 5 fois d'un côté et 4 fois de l'autre, soit avec la lancette, soit avec un petit trocart, ce qui ne l'empêcha jamais plus d'une journée d'aller à ses affaires.

Environ deux mois après la dernière opération faite des deux côtés, quand les parties furent de nouveau considérablement distendues par le liquide, il tomba, étant ivre, de son cheval; cet accident occasionna une violente contusion et une ecchymose sur tout le scrotum, avec une grande tension et une vive douleur dans le ventre.

Ces symptômes étaient très menaçants et sa vie semblait en danger imminent; mais des saignées répétées, des purgatifs doux et la mé-

(1) Cases and practical remarks in surgery, the second edition by Benjamin Gooch surgeon, vol. II, p. 229. Norwich, 1767.

thode antiphlogistique, consistant en médecines et diète, le soulagèrent; cependant il y avait de grandes raisons de craindre, d'après les souffrances persistantes et les apparences, que les parties contenues dans le scrotum n'eussent beaucoup souffert.

Quand les bourses furent de nouveau remplies, je fis la ponction comme d'habitude, et dans le côté que j'opérai le premier, le liquide lymphatique était mêlé de sang, mais de l'autre côté, il paraissait le même qu'auparavant.

J'observai alors, d'après cela, que je croyais qu'il y avait de bonnes raisons pour proposer la méthode pour la cure radicale, ce qui fut fait avec l'approbation de plusieurs chirurgiens habiles, le 24 août 1756.

En incisant les téguments et la tunique vaginale, je trouvai que cette dernière était devenue presque cartilagineuse et avait près d'un demi-pouce d'épaisseur. Le testicule lui-même paraissant dégénéré, ressemblant à du foie putréfié, j'abandonnai mon dessein primitif, et avec l'aide de mes collègues j'enlevai ce testicule aussi bien que la tunique vaginale, saisissant l'artère spermatique avec l'aiguille et la ligature, sans comprendre dans celle-ci le cordon épaissi. Alors j'excisai autant que je pus de la tunique vaginale de l'autre côté, qui était aussi très épaissie, mais le testicule qu'elle renfermait n'était pas affecté. Dans le cours de la cure, une très mince partie comme une pellicule fut éliminée de la tunique albuginée par formation de granulations qui s'unirent avec celles qui se développaient des autres parties; il se forma ainsi une bonne et souple cicatrice, sur cette incarnation, et par la suite il ne perdit pas le pouvoir de procréation.

Ces opérations furent pénibles, douloureuses, et hasardeuses dans leurs suites; mais les symptômes qui les suivirent furent favorables au delà de l'attente. Des clystères émollients, fréquemment répétés, des saignées, des onctions d'huile chaude sur l'abdomen, des enveloppements de flanelle, et des vessies d'eau chaude les recouvrant constamment ainsi que le pansement, lui donnèrent un sensible soulagement et probablement prévinrent de fâcheux accidents. Rien ne vint troubler la guérison, par le traitement ordinaire, et il fut renvoyé chez lui au bout de sept semaines, en état de suivre ses occupations sans aucun inconvénient. Il jouit maintenant d'une parfaite santé et de force, pour un homme de son âge, faisant souvent de longs voyages à pied sans fatigue.

Remarques. — Les symptômes observés dans ce cas de Gooch me paraissent suffisants pour le faire rentrer parmi ceux de ruptures de la vaginale ; si la déchirure n'a pas été vue, c'est que l'opératio a été faite tardivement, alors que la cicatrisation s'était faite et que le sang épanché dans les parois du scrotum s'était résorbé.

Le cas suivant de Denucé est rapporté trop brièvement pour être bien démonstratif. Il semble d'après la courte note que je transcris, qu'il s'agit cette fois d'une rupture d'une hématocèle dite spontanée; mais le siège de l'épanchement extravaginal, dont l'existence est rendue certaine par l'ecchymose, n'est pas signalé, et il n'est pas question. à propos de l'opération, de la rupture (M. Denucé dit érosion de la pseudomembrane), qui a dû propablement se faire dans la vaginale épaissie ; ce serait le seul cas à moi connu d'une rupture d'hématocèle.

Observation VII (1).

M. Denucé, professeur à l'Ecole de Bordeaux, présente des plaques épaisses de fausses membranes qu'il a extraites dans une opération d'hématocèle scrotale par décortication.

Le malade portait cette tumeur depuis deux ans et ne s'en préoccupait pas. Un jour, il est réveillé en sursaut, sent un craquement dans sa tumeur et s'aperçoit qu'il existe une vaste ecchymose, recouvrant tout le scrotum. Effrayé alors, il entre dans le service de M. Dénucé (hôpital Saint-André), M. Dénucé diagnostiqua une hématocèle avec erosion de la pseudomembrane et transfusion d'une certaine quantité de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. L'opération fut pratiquée et la décortication opérée facilement (ponction, incision, décortication). Le malade sortit complètement guéri.

Dans mes deux cas, le feuillet pariétal de la vaginale est épaissi; chez Roth, le testicule était sain; dans l'observation de Ducimetière, je lis : la surface interne de la vaginale est inégale; sur le testicule on observe un grand nombre de verrucosités de consistance dure que l'on excise.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 2e série, t. II, p. 277.

Jusqu'ici donc rien que l'on ne puisse observer dans bon nombre d'hydrocèles non compliquées de rupture; l'épaississement de la tunique vaginale, tantôt peu accusé. tantôt porté au point de convertir cette membrane souple et délicate en une sorte de coque dure et rigide, tantôt également distribué, tantôt donnant lieu à la formation de trabécules, de tumeurs pédiculées ou non, de corps libres, telles sont les altérations que l'incision permet de constater et dont plusieurs ont été retrouvées dans l'hydrohématocèle.

Dans un cas d'hydrocèle particulièrement intéressant, celui de notre confrère le Dr Wartmann, nous avons cru saisir une altération particulière qui pourrait bien donner la clef des ruptures spontanées, si nous avions pu en faire un examen complet. Voici l'observation intéressante que notre confrere a bien voulu rédiger pour nous.

Observation VIII.

Dr W..., 32 ans, n'a jamais eu de maladie vénérienne ni d'affection quelconque des organes génito-urinaires, à l'exception d'une hydrocèle droite. Cette affection date de loin. En 1861, il avait déjà remarqué que la bourse droite était un peu plus volumineuse que la gauche. Cette disproportion s'accrut lentement; en 1872, la bourse droite atteignait plus que le volume d'un gros œuf de poule. A cette époque il était étudiant en médecine et se savait atteint d'une hydrocèle qu'on lui proposa d'opérer par l'électrolyse. L'hydrocèle ne parut pas se développer sensiblement pendant les années suivantes; elle ne l'incommodait pas, quoiqu'il marchât beaucoup, et ne le gênait même pas pour monter à cheval, aussi ne donna-t-il pas suite à plusieurs propositions d'opération qui lui furent faites. En 1881, l'hydrocèle avait un peu augmenté, ce dont il s'aperçut en faisant un service militaire pendant l'été avec de l'artillerie. Le long séjour à cheval qu'entraînait ce service lui devenait pénible; à quelques reprises il se froissa la bourse contre le pommeau de la selle et le dernier jour de service il avait de la peine à se bien maintenir en selle à une allure un peu vive; le fait de serrer les cuisses lui occasionnait de la douleur au niveau des adducteurs et la position normale sur la fourchette déterminait de la douleur le long des cordons jusque dans l'abdomen.

Rentré chez lui, il reprit ses occupations, entraînant des marches répétées ; il commençait à être gêné par le poids de l'organe qui augmentait sensiblement de volume. Enfin, vers le commencement de décembre, il se fit brusquement un accroissement très rapide et les bourses acquirent, en peu de temps, un volume égal à celui des deux poings. La peau du scrotum était tendue, amincie, et des douleurs plus ou moins vives se faisaient sentir, même au repos, dans le cordon.

Ayant montré l'hydrocèle à son excellent ami le Dr Aug. Reverdin, celui-ci l'engagea à ne plus tarder à se faire opérer, et le surlendemain 7 décembre, ce chirurgien, aidé de M. le professeur Reverdin, lui pratiquait l'opération radicale.

On ne trouva pas de corps étranger dans la tunique vaginale, mais un petit kyste de l'hydatide qui fut incisé. La vaginale était rouge et marbrée de plaques irrégulières d'un gris jaunâtre.

L'opération fut pratiquée sans anesthésie et avec toutes les précautions les plus minutieuses de la méthode de Lister. Le pansement fut fait aussi suivant la méthode antiseptique, aussi n'y eut-il pas la moindre trace de fièvre. Le drain était enlevé quatre jours après l'opération, et la cicatrisation se fit par première intention, sans laisser même de fistulette. Moins de quinze jours après, le Dr W.... reprenait ses occupations et portait, par mesure de précaution, un suspensoir qu'il garda à peine deux mois.

Actuellement, janvier 1883, la cicatrice, très peu apparente, n'a que 4 centim. de longueur et le testicule a repris une partie de sa mobilité.

Quant à la douleur de l'opération, le Dr W... doit déclarer qu'elle n'est point ce qu'on serait tenté de croire. L'incision de la peau est si rapide, qu'elle compte à peine, la ponction et l'incision de la vaginale ne déterminent qu'une sensation sourde et obtuse. Il n'a souffert vivement que quand son ami A. Reverdin souleva du bout des doigts son testicule pour le lui montrer et pendant le lavage de la tunique avec une solution phéniquée au 5 0/0. Les ligatures et les sutures provoquent une sensation très désagréable et énervante, mais c'est tout.

Après l'opération et pendant les jours qui suivirent, point de ces douleurs abdominales lombaires qu'on observe après l'injection iodée. Le Dr W.... souffrit seulement de douleurs très vives dans les muscles pectoraux et dans ceux de la région supérieure du tronc, mais il est rhumatisant et s'était refroidi sur la table d'opération. Ces

uleurs qui n'apparurent que le lendemain de l'opération, durèrent atre jours et passèrent spontanément, il n'y opposa que la morine le soir, des frictions chloroformées.

Quant à la cause de cette hydrocèle, il ne saurait l'établir sûrement, peut-être provient-elle d'un coup reçu au collège à l'époque où observa pour la première fois une différence dans le volume respec des deux bourses.

Ainsi, comme chez deux de nos malades, une augmentation pide, accompagnée cette fois de douleurs, s'était faite dans le lume de l'hydrocèle; instruit par le cas de Roth qu'il ait observé avec moi, le Dr Aug. Reverdin a pensé que notre nfrère était menacé d'une rupture ; il l'a engagé à ne pas fférer l'opération, et nous avons pu constater sur la tunique ie apparence que nous n'avions pas encore observée dans s incisions d'hydrocèles ; la tunique vaginale vue par sa face terne, présentait sur un fond blanc rosé, de grandes taches régulières, un peu diffuses sur leurs bords, mais très appantes cependant, d'un ton jaunâtre bien tranché ; elles donient l'idée d'un tissu chargé de graisse. Naturellement cette servation n'a qu'une valeur très relative, puisque rien ne ouve que nos craintes de rupture fussent absolument justes qu'aucun examen histologique n'a pu être fait; c'est un mple document à enregistrer et qui indique une direction à ivre dans les recherches ; en particulier, il serait à désirer ie l'état de la tunique vaginale fût examiné dans les hydroles, et comparativement dans les hydrocèles à marche ordiaire, et dans les hydrocèles à marche irrégulière ou *galonte.*

Mécanisme. — Il est bien difficile de ne pas admettre qu'une inique vaginale qui se rompt *spontanément*, quoiqu'elle soit otablement plus épaisse qu'à l'état normal, doit présenter quelue altération de structure qui explique sa fragilité ; au reste ous allons voir que d'autres séreuses peuvent parfois aussi se ompre spontanément, et que précisément la rupture siège dans es parties chroniquement enflammées. Ceci nous amène à l'é-

tude du mécanisme de la rupture, *de la pathogénie de l'hydrohématocèle par rupture*; mais il nous faut d'abord établir dans quelles circonstances ces ruptures se produisent. Nous pouvons distinguer trois ordres de faits.

1° *La transformation de l'hydrocèle en hydrohématocèle est due à un traumatisme* : dans le cas de Gooch, le malade fait, étant ivre, une chute de cheval; le nommé D..., observé par Després, s'est donné un coup violent contre un corps dur et volumineux; c'est aussi un coup violent qui a déterminé la rupture chez les malades d'Astley Cooper et de Walter; J.-L. Petit nous raconte que « un cavalier du régiment des cuirassiers ayant une hidrocèle reçut un coup de pied de cheval sur le scrotum qui creva le sac de l'hidrocèle et rompit quelques vaisseaux sanguins »; enfin c'est en grimpant à un arbre que l'accident se produisit chez l'un de mes malades (Ducimetière).

2° *L'hydrohématocèle se produit pendant un effort musculaire*; je ne connais que le cas de Pelletan qui appartienne à cette catégorie; j'y reviendrai tout à l'heure.

3° *La rupture de la vaginale se fait spontanément* comme on peut le voir dans l'observation de Bertrandi et celle du nommé Roth; ces deux malades étaient tranquillement assis quand l'accident se produisit; l'opéré de Denucé est réveillé en sursaut par une sensation de craquement dans les bourses; M. B... ne s'est aperçu qu'à son réveil d'une ecchymose des bourses, de l'hypogastre et du pénis et de la disparition de la tumeur tendue que formait son hydrocèle; voici cette observation.

Observation IX.

(Personnelle.)

M. L. B..., 77 ans.

M. B... d'une bonne santé, et légèrement emphysémateux, n'a jamais eu d'affections du testicule dans sa jeunesse, et ne se souvient pas y avoir reçu aucun coup.

Il y a dix à douze ans, qu'il s'aperçut que les bourses grossissaient légèrement du côté gauche; l'accroissement de la tumeur était très lent, et n'occasionnait aucune douleur; la gêne que le volume mé-

cre encore des bourses occasionnait l'engagea, il y a sept ans à
ı près, à se faire examiner par le Dr Mayor; celui-ci reconnut
e hydrocèle et dit au malade de porter un suspensoir et de l'aver-
s'il éprouvait plus de gêne ou si l'accroissement de la tumeur aug-
ntait; que dans ce cas, il lui ferait une ponction. C'est la crainte
cette petite opération qui porta le malade à ne pas dire ce qui se
ssa cette année 1882. La tumeur qui, après le port du suspensoir,
ait disparu, à ce que dit le malade, se reproduisit peu à peu. mais
commencement de l'été 1882, *elle prit rapidement un accroissement
considérable qu'au bout de deux à trois mois elle avait acquis le volume
ne tête d'enfant*; cela se produisit du reste sans traumatisme et
s douleurs; la gêne devint considérable; pour aller à la selle en
rticulier, le malade était obligé d'introduire toute la tumeur dans
unette des lieux d'aisance. Il continuait néanmoins à faire d'assez
gues promenades à pied suivant son habitude. Gêné par cette vo-
mineuse tumeur, il eut l'idée un jour de remettre un suspensoir,
fit ainsi sans être incommodé sa promenade habituelle. Le soir
se couchant, la tumeur avait son volume ordinaire; le matin au
veil, tout était changé; sans qu'aucune douleur en eût averti le
lade, il trouva les bourses, le pénis ecchymosés; la bourse gauche
tait plus tendue, mais molle, tendre. La tumeur n'existait plus; du
ste, aucune sensation pénible; le malade ne dit rien, ne fit rien,
ntinua ses habitudes et au bout de quinze jours l'ecchymose avait
sparu, et l'hydrocèle avec elle. Mais cette dernière se reproduisit
u à peu, et au mois de décembre elle avait à peu près le volume
tuel qui est un peu plus que celui du poing. Il y a une dizaine de
urs; elle est devenue douloureuse, et des douleurs de reins assez
ves se sont fait sentir; le Dr Mayor fils a constaté que l'hydrocèle
ait tendue, la peau luisante; repos au lit. Les douleurs continuant, le
décembre, le Dr Mayor père fait une ponction, il sort un liquide
ro-sanguinolent; le sang ne paraît pas frais, mais le liquide est rosé,
peu trouble; la poche assez mince, revient bien sur elle-même,
testicule est normal; le lendemain, l'hydrocele a à peu près repris
n volume, et les douleurs soulagées par la ponction reparaissent:
soir, il y a un peu de fièvre, un peu de transpiration la nuit. Des
mpresses d'eau fraîche, appliquées dès le 20 au soir, ont amené une
minution des douleurs, sans que le volume de la tumeur ait dimi-
ué en apparence. Je vois le malade le 21 dans l'apres-midi avec les
rs Mayor père et fils.

Il n'y a pas de douleurs spontanées; la pression en réveille de peu vives; l'état général est bon, pouls à 80, fort, un peu de moiteur, langue bonne.

La tumeur généralement ovalaire, n'est pourtant pas très régulière; elle présente en particulier une large bosselure proéminente, un peu au-dessus de la partie moyenne, en avant et en dedans; cette bosselure est plus molle que les autres parties de la tumeur qui sont notablement dures; on ne sent pas le testicule; fluctuation assez manifeste, cordon parfaitement sain; peau intacte, pas de chaleur anormale; la tumeur est mate partout, et partout opaque. On continue les compresses, et, au bout de quelque temps, le malade peut se lever conservant sa tumeur, que vu son âge on préfère ne pas opérer.

Chez Edme R..., observé par Desprès « la partie malade s'est tuméfiée et a pris une teinte violacée ecchymotique de plus en plus foncée, sans que le malade ait éprouvé aucune douleur, reçu aucun coup, ou fait le moindre effort qui pût expliquer cette recrudescence du mal. Notons cependant qu'à cette époque, R... a beaucoup marché. »

Reprenons maintenant nos trois ordres de faits et commençons par éliminer ceux de la seconde catégorie. Voici la seule observation qui s'y rapporte.

OBSERVATION X (1).

Un homme d'un âge avancé, mais assez robuste, portait un hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche; la tumeur, qui ne faisait que des progrès lents, n'incommodait aucunement le malade, lorsque celui-ci, voulant aider à rouler un tonneau, fit un violent effort et sentit la plus vive douleur dans l'aine: le scrotum se tuméfia, devint noir et douloureux seulement vers son origine. Les émollients furent employés, puis les résolutifs, et par suite ceux qui ont le plus d'énergie. Le scrotum parut un peu diminué et devint jaunâtre; mais la tumeur restant tendue et d'un volume considérable, je me décidai à en faire l'ouverture, dans l'intention de traiter l'hydrocèle radicalement, de satisfaire à la nécessité indispensable d'évacuer le li-

(1) Ph.-J. Pelletan. *Clinique chirurgicale*, Paris, 1810, t. II, p. 202.

uide quelconque que la tumeur renfermait, et même de faire la castration, si l'état du testicule commandait cette opération. L'incision, que je prolongeai depuis le milieu du scrotum jusqu'à la partie la plus inférieure, donna issue à une prodigieuse quantité de sang en caillots. Soit que ce sang fut également mêlé à l'eau de l'hydrocèle, soit que celle-ci ait été en médiocre quantité, il ne fut pas possible de la distinguer du sang qui s'évacua ; le testicule touché à nu me parut sain. En conséquence, ayant évacué complètement la tumeur sanguine, j'en remplis le sac avec des bandelettes de linge fin et de la charpie : plusieurs jours se passèrent sans qu'on levât l'appareil et sans que le malade se plaignit. Au premier pansement, qui fut le sixième jour de l'opération, la peau du scrotum se trouva tuméfiée et enflammée ; la charpie de l'intérieur fut extraite sans peine ; le testicule était peu tuméfié. De nouvelle charpie fut introduite dans la tunique vaginale, et il n'y en entra pas la moitié de ce qui y avait été introduit la première fois : la capacité de cette poche diminua ainsi rapidement par le resserrement de ses parois ; et, d'autre part, le testicule tendant à remplir cette capacité par le gonflement successif qui s'en empara, il fut bientôt impossible d'y rien introduire. L'intérieur de la tunique vaginale suppura peu ; il contracta adhérence avec la surface du testicule : celui-ci revint peu à peu sur lui-même, et le malade fut guéri en moins de deux mois de sa double maladie, sans qu'aucun accident soit résulté immédiatement de l'ouverture de la tumeur sanguine. On peut attribuer ce succès, soit à ce que le sang étant renfermé dans un foyer sans communication avec le tissu cellulaire environnant a pu être complètement évacué, soit à ce que le foyer a été rempli de charpie, et préservé par là de l'impression de l'air, tant sur lui-même que sur le peu de sang qui aurait pu y séjourner après l'évacuation de cette matière.

Nous voyons dans cette observation que, sous l'influence d'un effort violent une rupture s'est faite, que le sang s'est épanché à la partie supérieure des bourses où l'ecchymose a paru, que la déchirure qui s'est produite a été accompagnée de douleur localisée à l'aine ; enfin qu'il y avait du sang dans la tunique vaginale ; il y en avait certainement aussi, quoiqu'en dise Pelletan, en dehors de la séreuse, puisqu'il y a eu ecchymose. Nous savons bien d'autre part depuis Pott, que sous l'influence d'un effort violent des vaisseaux du cordon, des veines le plus

souvent, à ce qu'il semble, peuvent se rompre; mais alors le sang ne pénètre pas dans la vaginale testiculaire, c'est une hématocèle du cordon qui se forme dans ce cas.

Chez le malade de Pelletan, le canal vagino-péritonéal n'était il oblitéré que très haut et la production d'une douleur inguinale ainsi que la limitation de l'ecchymose à la partie supérieure des bourses seraient-elles dues à une rupture siégeant dans la vaginale testiculaire à sa partie supérieure près de l'anneau? C'est une simple supposition il est vrai; rien dans l'observation de Pelletan ne nous indique la forme de l'hydrocèle chez son malade et je ne la signale que comme possible à la rigueur sans pouvoir la défendre positivement.

Kocher a donné de l'observation de Pelletan une autre explication basée sur un fait expérimental; il ne paraît pas éloigné de la généraliser à un certain nombre de cas d'hydro-hématocèles. Voici son expérience : si l'on fait une ouverture à la tunique fibreuse au niveau du cordon et que l'on injecte avec une certaine force à travers cette ouverture un liquide solidifiable, on le voit former une tumeur plus ou moins volumineuse; la masse du liquide se trouve contenue en partie en dehors de la vaginale et en partie dans sa cavité; comment le liquide a-t-il pénétré dans cette dernière? C'est ce que montre un examen attentif de la pièce; l'on trouve en effet au voisinage du point de réflexion de la vaginale de petites déchirures dans cette membrane, le liquide distendant le tissu cellulaire qui double la séreuse arrive au niveau de sa réflexion, cherche en quelque sorte à la décoller; comme elle résiste, elle se déchire par place, et le liquide pénètre dans sa cavité; il se peut donc que le sang provenant d'un vaisseau du cordon s'épanche à la fois en dehors et en dedans de la vaginale, que l'incision en rencontre sous la fibreuse, puis ensuite dans la séreuse elle-même; si cette dernière renfermait déjà le liquide d'une hydrocèle, nous aurons une véritable hydro-hématocèle très analogue à celles que nous avons vues. Je dis très analogue mais non semblable; pour que le mécanisme indiqué par Kocher fût admissible, il faudrait de toute nécessité

que la déchirure de la tunique vaginale siégeât en arrière, au niveau de la réflexion de la membrane séreuse; or, si dans les cas d'Astley Cooper et de Petit le siège de la déchirure n'est pas nettement indiqué, dans nos observations le doute n'est pas possible, la déchirure siégeait fort loin de ce point de réflexion; en avant du testicule, sur une partie flottante et libre de la vaginale; dans le cas de Walter elle fut trouvée près du raphé. Il me paraît du reste beaucoup plus facile de comprendre comment la vaginale peut se rompre brusquement de dehors en dedans; un coup ou un choc violent tend à aplatir le sac de l'hydrocèle, la pression y augmente, elle fait effort de tous côtés et la tunique se rompt dans un point affaibli ou moins soutenu, comme un ballon de caoutchouc mince et fortement distendu éclate sous une brusque chiquenaude. On comprend que sous l'influence d'une augmentation de tension brusque due au choc, la rupture se produise de préférence en avant, puisqu'en arrière se trouve le testicule plus résistant; c'est ce qui a eu lieu chez Roth, chez le malade de Walter; et précisément chez mon second malade, dont le testicule était en inversion, la rupture s'est faite plus en dedans à l'opposite de la glande; cette apparente exception est au contraire une éclatante confirmation de la règle.

C'est de cette façon que l'on doit comprendre, à mon avis, la rupture traumatique de l'hydrocèle; l'explication de Kocher ne peut s'appliquer qu'à des cas particuliers et jusqu'ici je n'en connais aucun exemple authentique; on n'a jamais vu, que je sache, sur le vivant ou à l'autopsie, une hydrohématocèle avec déchirure de la vaginale à son point de réflexion; j'ai vu au contraire pour ma part la rupture siéger deux fois dans une partie libre de la séreuse.

Ici se présente une autre objection à la théorie de Kocher, ou plutôt à l'application de cette théorie aux hydrohématocèles par rupture. Cette objection n'a pas grande valeur, basée qu'elle est, sur un seul fait ancien et sujet à discussion, c'est la courte note suivante de Bertrandi.

OBSERVATION XI (1).

M. N... a lu à l'Académie un mémoire, dans lequel il rapportait plusieurs histoires d'hydrocèles, dont la matière s'était dissipée par résorption; je n'ai jamais vu des cas semblables, et je ne les nierai point. Mais j'ai vu ici à Paris, dans la rue Saint-Jacques, une ancienne hydrocèle, dont les eaux étaient toutes passées dans la tunique celluleuse du pénis.

C'était un homme âgé de plus de 60 ans, qui portait depuis longtemps une vraie hydrocèle; se trouvant à boire, il se sentit pressé d'uriner, il sortit, et il fut étonné de trouver le pénis d'une grosseur énorme, le scrotum flasque et vuide, de façon qu'il pouvait toucher le testicule. Le pénis qui depuis quelques années ne paraissait que comme un petit mamelon, était aussi extraordinairement allongé et grossi. Les fomentations, les cataplasmes et le repos, le firent désenfler et l'hydrocèle reparut telle qu'auparavant.

Il n'est fait aucune mention dans ce cas de l'ecchymose des bourses; Bertrandi écrit même que les *eaux* étaient toutes passées dans la tunique celluleuse du pénis; il a vu lui-même le cas; il y a donc lieu de se demander si exceptionnellement la vaginale a pu se rompre sans que la déchirure s'accompagnât d'une hémorrhagie tant soit peu abondante; cela ne paraît a priori nullement inadmissible; ce serait encore une preuve dans ce cas contre le mécanisme de Kocher. En tout état de cause, cette observation unique méritait d'être signalée.

Il nous reste maintenant à étudier les cas de rupture *spontanée*, analogues au précédent, mais accompagnés d'ecchymose; ces cas ne sont pas très nombreux; j'en compte 5, y compris celui de Bertrandi. Il est difficile d'affirmer qu'ici encore le traumatisme ne joue pas un rôle et que le terme de spontanée soit juste d'une façon absolue; tout ce que l'on peut dire c'est que le traumatisme, s'il a eu lieu, a passé inaperçu, a été assez léger pour ne provoquer aucune douleur; à preuve que la rupture a pu s'effectuer pendant le sommeil sans l'interrompre.

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. III, 1757. Mémoire sur l'hydrocèle, par M. Bertrandi, p. 124.

Peut-être, il est vrai, le malade s'était-il, dans un mouvement inconscient, dans un changement de position, plus ou moins froissé le scrotum ; toujours est-il que le traumatisme n'a pu être que très insignifiant et que l'expression *spontanée* paraît justifiée.

Il faut tenir compte dans ces cas d'un fait important que j'ai déjà fait pressentir ; chez l'un de mes opérés la rupture s'est faite spontanément, alors qu'il était tranquillement assis sur une chaise ; mais il nous apprenait que son hydrocèle avait pris tout à coup depuis quinze jours une marche galopante ; le même phénomène s'était produit chez M. B.., qui, en deux mois, avait vu sa tumeur acquérir le volume d'une tête d'enfant, et chez qui la rupture se fit pendant le sommeil ; l'attention attirée sur ce fait, il est probable qu'il sera de nouveau observé, mais la plupart des cas que j'ai rassemblés manquent de détails sur ce point.

Y a-t-il une relation intime entre l'augmentation rapide du liquide de l'hydrocèle et la spontanéité de la rupture? je suis tenté de le croire et j'en ai recherché l'explication. Si l'abondance du liquide augmente dans la vaginale sa paroi doit être plus ou moins énergiquement tendue et les conditions de la circulation y seront changées ; il pourra en résulter un trouble de nutrition capable de diminuer la résistance de la membrane ; qu'on se rappelle ces plaques jaunâtres qui marbraient la vaginale de notre confrère W... Mais l'augmentation du liquide doit avoir elle-même une cause ; je n'ai trouvé, il est vrai dans les trois cas où je l'ai observée aucun traumatisme violent capable d'expliquer clairement une recrudescence inflammatoire plus ou moins aiguë ; du reste il peut suffire, je pense, de marches un peu forcées, du froissement de la tumeur par le suspensoir, pour provoquer un léger degré d'irritation ; il est bien probable en effet que l'augmentation de volume, c'est-à-dire de la quantité du liquide, est en relation avec une poussée inflammatoire ou peut-être avec une gêne de la circulation veineuse. Dans ces conditions encore, et surtout s'il s'agit d'une inflammation, la paroi pourra se trouver altérée dans sa structure, ramollie, par con-

séquent plus fragile. L'hypothèse est donc double ; ou bien ramollissement inflammatoire de la séreuse, ou bien ramollissement consécutif à la pression du liquide exhalé.

On sait que les ruptures spontanées d'organes encapsulés, ou de tumeurs kystiques ne sont pas absolument rares ; je ne sais si l'on a cherché à se rendre compte du mécanisme des ruptures des kystes de l'ovaire, des kystes épididymaires, etc. Parmi les organes parenchymateux l'on connaît en particulier les ruptures de la rate et de l'utérus ; mon collègue, le professeur Zahn, m'a cité un cas de rupture de la rate qu'il a observé dans une autopsie ; elle s'était faite pendant une fièvre typhoïde et siégeait à côté d'une plaque laiteuse ; d'après Birch Hirschfeld les ruptures spontanées de la rate se produisent par le fait de son augmentation de volume dans la fièvre typhoïde ou la fièvre intermittente, quand la capsule présente des épaississements.

Scanzoni signale parmi les causes de ruptures spontanées de l'utérus gravide le ramollissement inflammatoire de l'utérus prolabé ou en rétroversion ; cet exemple se rapproche plus de nos ruptures spontanées de la vaginale, le tissu ramolli cédant lui-même, tandis que c'est par le fait de l'inextensibilité partielle de la capsule splénique que la rate se rompt.

Il reste, en tous cas, acquis par les observations que j'ai recueillies ou étudiés que la vaginale peut se rompre spontanément quand elle est distendue par le liquide de l'hydrocèle, et qu'il en résulte une hydrohématocèle. Il est probable en outre que l'augmentation rapide du volume de l'hydrocèle, qui a précédé dans quelques cas la rupture spontanée, est en relation intime avec cette rupture ; l'intermédiaire entre ces deux phénomènes successifs paraissant être le ramollissement de la paroi ; ce ramollissement doit être attribué à l'inflammation ou à une altération nutritive due à la pression intérieure. Ce même ramollissement doit très probablement jouer un rôle aussi dans le cas de ruptures traumatiques.

Au point de vue pratique il y a lieu de surveiller les hydrocèles qui prennent une marche galopante, puisque, d'après moi, cette marche est une menace de rupture prochaine.

Symptômes et diagnostic. — Je n'ai que peu de mots à dire au sujet des symptômes et du diagnostic ; celui-ci sera en général assez clair grâce aux commémoratifs.

Un individu porteur d'une hydrocèle reçoit un coup sur les bourses, il éprouve une sensation de craquement, ou une vive douleur dans la région ; le scrotum se tuméfie et prend une coloration violacée qui s'étend à la racine du pénis, quelquefois à l'hypogastre et au périnée ; il ne peut y avoir d'hésitation si l'existence préalable de l'hydrocèle a été réellement constatée ; l'ecchymose des bourses nous apprend que du sang s'est épanché et infiltré en dehors de la tunique vaginale, qu'il y a en un mot une hématocèle pariétale ; d'autre part la palpation la plus attentive ne permet plus de sentir la résistance de la tumeur formée par l'hydrocèle ; cette résistance a brusquement disparu ; il faut donc que la tunique vaginale se soit vidée et quelquefois le malade lui-même s'aperçoit de ce phénomène.

M. B... nous disait que le matin il avait trouvé ses bourses toutes molles, la tumeur s'était en quelque sorte évanouie, mais une large ecchymose l'avait remplacée.

Ce qu'il faut savoir, c'est que, comme je l'ai montré, la rupture peut se faire spontanément, sans traumatisme apparent. Tantôt le malade, comme celui de Denucé, ressent une sorte de craquement dans les bourses, ou une violente douleur dans l'aine comme celui de Pelletan, et l'ecchymose apparaît rapidement ; tantôt le même phénomène se produit sans douleur comme cela est arrivé à M. B... pendant son sommeil, à Roth pendant la veille.

Enfin il arrive peut-être quelquefois que la rupture s'effectue sans intéresser de vaisseaux, et qu'aucune ecchymose n'apparaisse ; il y a rupture, sans formation d'hydrohématocèle ; le liquide séreux s'infiltre dans les parois des bourses, dans le tissu cellulaire du pénis sans en altérer la coloration ; Bertrandi paraît avoir observé un de ces cas ; il ne dit pas un mot qui indique la production d'une ecchymose, et son silence, à cet égard, parle hautement en faveur de l'absence d'hémorrhagie.

Si l'existence antérieure d'une hydrocèle n'avait pas été constatée on pourrait rester dans le doute et se demander s'il n'y a qu'une simple hématocèle pariétale; ce doute naturellement ne peut s'élever que dans le cas de traumatisme. Mais pour qu'une hydrocèle se rompe il faut qu'elle ait acquis un certain volume, et le malade saura au moins qu'il avait une tumeur dans les bourses. Peut-être avons-nous alors affaire à une hématocèle pariétale, surajoutée, en quelque sorte, à une tumeur du testicule; l'ensemble des commémoratifs pourra dans quelques cas, ceux de tumeurs malignes par exemple, nous faire pencher pour cette hypothèse; mais l'incision seule nous permettra d'asseoir sûrement le diagnostic et d'agir en conséquence.

Peut-on voir se produire une hématocèle pariétale compliquant une hydrocèle sans qu'il y ait rupture de la vaginale? C'est ce que M. Desprès a admis pour les deux cas qu'il a communiqués à la Société de Chirurgie. Je transcris ici ces deux observations pour mettre le lecteur à même de discuter avec moi ce diagnostic.

Observation XII (1).

Hématocèle pariétale du scrotum avec épanchement. — Hématome autour d'une hydrocèle.

Obs. I. — Le nommé D... (Clément), âgé de 55 ans, garçon de pharmacie à l'hôpital Cochin, entre le 20 octobre 1880, dans le service de M. le docteur Desprès, salle Saint-Jacques, lit n° 13.

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Une de ses sœurs est morte phthisique.

Depuis une légère attaque rhumatismale qu'il à eue en 1858, il n'a jamais été malade. Il n'a jamais fait d'excès de boissons et a encore sa virginité. D'apparence débile, il porte depuis deux ans un engorgement des ganglions sous-maxillaires gauches. Au mois de février

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, nouvelle série, t. VII, 1881, p. 341.

dernier, il s'est aperçu d'un gonflement du côté gauche du scrotum.

En quelques mois la tumeur a atteint peu à peu le volume du poing. A plusieurs reprises, choc sur le scrotum. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, D... s'est donné un coup violent contre un corps dur et volumineux, et aussitôt a ressenti une violente douleur dans le scrotum. La douleur qui avait disparu le soir, reparut plus intense le lendemain ; le scrotum avait augmenté de volume, il était tendu et très douloureux à la pression. En trois jours, le scrotum uniformément tuméfié des deux côtés, a plus que quadruplé de volume. Douleurs violentes qui forcent le malade à entrer à l'hôpital.

23 octobre. Scrotum énorme plus gros qu'une tête de fœtus, douloureux à la pression, tendu, lisse; fluctuation peu évidente. Pas de transparence. La peau a pris une teinte rouge violacé intense, d'apparence phlegmoneuse où l'on reconnaît les marques évidentes d'une ecchymose, sans cependant qu'il y ait d'élévation de la température locale appréciable à la main, et ne disparaissant pas conplètement à la pression.

Pas de fièvre. M. Desprès diagnostique une hématocèle pariétale autour d'une hydrocèle. Repos au lit, cataplasmes.

M. Desprès attend que l'inflammation qui existe autour du sang épanché soit calmée.

Le 28. Ponction dans la vaginale gauche avec le trocart à hydrocèle, issue de plus de 600 grammes d'un liquide brun foncé, contenant une grande quantité de globules sanguins.

M. Desprès fait dans la vaginale une injection de 40 à 50 grammes de teinture d'iode pure. Celle-ci ayant coagulé le sang encore contenu dans la tumeur, il ne put sortir ensuite qu'en très minime quantité. Cataplasmes.

Après la ponction et l'évacuation du liquide, on a constaté un épaississement très considérable de la vaginale, surtout en bas, en avant, au niveau de la cloison, plateau dur, épais, imparfaitement limité et paraissant formé par du sang coagulé épanché hors de la vaginale.

Température, soir, 38°.

Le 29. Température: matin, 38°. Température: soir, 39° 6. Réaction inflammatoire vive, scrotum tendu, luisant, douloureux à la pression. Cataplasmes.

Le 30. La température diminue, les douleurs sont moindres.

Temp.: matin, 37°6. Temp.: soir, 37°8.

20 décembre. Depuis le 30 octobre, l'amélioration a été graduelle.

La tumeur a aujourd'hui le volume d'un poing d'adulte, elle est dure, la pression ne cause aucune douleur, l'hydrocèle primitive a disparu presque entièrement.

La tuméfaction qui existait à gauche de la cloison, à la face antérieure du scrotum, persiste, et elle est au palper assez nettement séparée de la tuméfaction constituée par la vaginale par une sorte de bandelette dure, fibreuse, qui donne au scrotum, vu de gauche, une apparence de bissac.

25 octobre. (?) Le malade est guéri de son hydrocèle et reprend son service, mais il reste à la place de l'épanchement de sang un kyste fluctuant, du volume d'un petit œuf, parfaitement limité et distinct. C'est un kyste hématique dont M. Després doit débarrasser le malade plus tard, s'il ne disparaît pas seul.

Observation XIII (1).

Obs. II. — Le nommé Edme R..., âgé de 60 ans, carrier, entre le 2 novembre 1880 dans le service de M. le Dr Després, salle Saint-Jacques, lit no 25.

Cet homme ne présente aucun antécédent de famille notable, il n'a jamais été malade. Il y a trente-cinq ans, blennorrhagie peu intense, sans aucune complication. Aucun excès vénérien ; abus des liqueurs alcooliques. Il y a deux ans que le malade s'est aperçu d'une légère tuméfaction du scrotum, du côté gauche, qui, sans cause appréciable, acquit peu à peu le volume d'un œuf de poule, sans que le malade ressentît aucune gêne, aucune douleur spontanée, ni à la pression.

Huit jours avant l'entrée à l'hôpital, la partie malade s'est tuméfiée, et a pris une teinte violacée, ecchymotique, de plus en plus foncée, sans que le malade ait éprouvé aucune douleur, reçu aucun coup, ou fait le moindre effort qui pût expliquer cette recrudescence du mal. Notons cependant qu'à cette époque, R... a beaucoup marché.

Le scrotum qui n'était tuméfié que du côté gruche, a pris une grosseur énorme.

Le côté droit était aussi volumineux que l'autre et aussi foncé en couleur.

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, nouvelle série, t. VII, 1881, p. 341.

R... effrayé par la couleur et le volume de ses bourses, plutôt que ar la douleur (simple sensation de poids et légère cuisson), est allé onsulter le Dr Guignard, de Vanves, qui traita d'abord le malade. uinze sangsues sont appliquées sur le scrotum; elles donnent lieu un abondant écoulement de sang, sans aucune diminution de vo-ume.

2 novembre. Le malade entre à l'hôpital. Ses bourses présentent n volume égal à celui de la tête d'un fœtus de huit mois. La tu-éfaction est égale des deux côtés. La peau du scrotum est brillante, 'une couleur violacée presque noire ; cette coloration s'étend au urreau de la verge, au périnée, jusque sur les parties latérales de anus. Pas de douleurs, pas de transparence ; diagnostic de M. Des-rrés ; hématocèle pariétale du scrotum avec épanchement à côté d'une ydrocèle vaginale.

Repos au lit, cataplasmes.

Le 12. Après dix jours de ce traitement, la tuméfaction a légère-ent diminué. M. Desprès pratique une ponction avec le trocart à ydrocèle. On fait la piqûre du côté gauche, le trocart pénètre dans vaginale. Il s'écoule environ 400 grammes d'un liquide rouge san-uinolent ; sérosité et sang.

La vaginale vidée, on voit qu'il existe à la partie antérieure du crotum, à gauche de la cloison, une tumeur de la grosseur d'un œuf e poule, molle, presque fluctuante. Une ponction y est pratiquée à ravers la tunique vaginale, et il s'écoule avec peine quelques gout-es d'un liquide noir, épais, constitué par du sang coagulé.

Aucune injection, cataplasmes.

Aussitôt que l'ecchymose eût disparu, M. Desprès songea à guérir hydrocèle.

6 décembre. Le volume de la tumeur a considérablement diminué, coloration violacée a disparu en grande partie. A droite, plus de uméfaction. Ponction dans la vaginale gauche, issue de 300 gram-es de sérosité fortement teinte par le sang. Injection de 50 grammes nviron de teinture d'iode pure, dont on ne peut recueillir qu'une etite portion, car le liquide caillebotté qui résulte du mélange sort ifficilement par la canule.

Aucune ponction n'est faite dans la poche sanguine. Cataplasmes.

Le 7. Réaction inflammatoire vive ; fièvre peu considérable, pas e céphalalgie. Scrotum gros, rouge vif, luisant, douloureux à la ression.

La tumeur sanguine semble, sous l'influence de l'inflammation, devenir plus fluctuante et diminuer de volume.

Le 8. Fièvre peu intense. Le malade se plaint de souffrir des gencives qui sont un peu rouges et douloureuses. Coryza, picotements dans la gorge.

Le 16. Ces accidents se dissipent vite. Aujourd'hui, plus de trace d'inflammation du scrotum qui est mou, rouge, tuméfié, mais dur et presque insensible à la pression. Le volume est celui du poing d'un adulte. La tumeur hématique existe encore près de la cloison, mais elle a diminué de plus de moitié, est moins tendue que primitivement et elle disparaîtra d'ici peu entièrement, si l'on en juge par sa décroissance rapide.

Le 20. Le malade sort dans cet état et se dispose à reprendre ses travaux.

Chez le premier malade l'accident est dû à un traumatisme, mais il a été précédé d'un accroissement assez rapide de la tumeur qui, dans l'espace de quelques mois, a atteint le volume du poing; chez le second aucun traumatisme, la marche de l'hydrocèle n'a rien présenté de spécial; dans les deux cas une ponction est faite dans la tunique vaginale, au moins l'auteur l'affirme; elle donne issue la première fois à plus de 600 gr. de liquide d'un brun foncé, la teinture d'iode injectée ne ressort pas et l'opération est suivie d'une réaction inflammatoire vive; chez le second malade la ponction est pratiquée dix-huit jours après l'apparition de l'ecchymose; il sort de la vaginale 400 grammes d'un liquide rouge sanguinolent, sérosité et sang.

D'où peut donc provenir le sang contenu dans la vaginalé et mélangé en plus ou moins forte proportion avec la sérosité de l'hydrocèle? M. Desprès dit dans la discussion qui suit sa communication :

« Le liquide des hydrocèles était coloré par du sang. Etait-ce le fait de la contusion ou le fait d'une endosmose? l'une et l'autre interprétation sont plausibles. »

Or aucune contusion n'a été notée chez le second malade; l'accident s'est produit spontanément; cette interprétation est donc bien loin d'être plausible, elle est insoutenable; quant à

ndosmose, il faut avouer qu'une tunique vaginale, distendue epuis un certain temps par une hydrocèle et ordinairement aissie, paraît bien mal disposée pour permettre ce phénomène.

Au reste, poursuivons : « Mais ce qui n'était pas le moins nportant, sans contredit, c'était l'indépendance absolue de la oche hématique et de l'hydrocèle, puisque, dans le second cas, ur ponctionner la poche hématique, j'ai dû réintroduire le inçon dans la canule du trocart et ponctionner la poche ématique en traversant la tunique vaginale, de dedans en hors ; c'est même cette indépendance qui m'a encouragé à aiter l'hydrocèle, sans me préoccuper du foyer hématique. »

Admettons cette indépendance comme démontrée pour un stant ; rien n'empêche d'admettre pour cela la rupture ; la échirure de la vaginale peut parfaitement se cicatriser, et tons que dix-huit jours s'étaient écoulés depuis l'accident, mps qui paraît suffisant pour cela ; l'indépendance des deux llections serait alors un phénomène secondaire. La possibilité la cicatrisation de la vaginale me paraît démontrée par bservation de M. B... ; chez lui, la rupture me paraît indiscuble, et néanmoins une tumeur ovalaire lisse, fluctuante, ndue, s'est peu à peu reproduite, seulement elle n'est plus ansparente ; pourquoi ? parce que la vaginale s'est épaissie ès probablement, car on ne sent autour d'elle ou dans son isinage aucune tumeur superficielle ; le sang épanché dans s parois du scrotum s'est résorbé, la vaginale s'est reconstiée et remplie à nouveau de liquide.

Pour moi il n'y a guère de doute que les deux observations M. Desprès ne concernent des hydrohématocèles par rupture la vaginale ; la seconde est un bel exemple de rupture sponnée : la première fait partie de ces cas dans lesquels l'hydrole prend une marche galopante, et où la fragilité de la vagile, qui en est l'accompagnement ou la conséquence, facilite rupture. Ainsi interprétées, ces deux observations ne réclaent plus d'hypothèse ; on trouve du sang mélangé à la sérotté parce que la vaginale est rompue et qu'à travers la rupture sang pénètre et se mélange au liquide ordinaire. J'ai montré

du reste quelle différence présentaient même au début l'épanchement intra-vaginal et l'épanchement extra-vaginal ; au début donc, ou dans les premiers jours, la canule du trocart pourrait laisser s'écouler deux liquides très différents, s'il était facile alors de pénétrer dans la tunique vaginale à moitié affaissée et flasque ; plus tard la différence doit encore s'accentuer par le fait de la résorption du sérum de la collection scrotale, et de l'exhalation de liquide limpide dans la vaginale.

Ainsi donc l'existence préalable d'une hydrocèle, quelquefois peut-être d'une hématocèle vaginale (Denucé), la disparition brusque de la tumeur qui cesse d'être perceptible, en même temps que les bourses se tuméfient et s'ecchymosent, survenant sous l'influence d'un traumatisme ou spontanément, avec ou sans douleur et sensation de craquement, voilà les principaux signes qui permettent de reconnaître une hydrohématocèle par rupture de la vaginale. J'ajoute qu'une hydrocèle qui subit brusquement, pour une raison ou pour une autre à nous inconnue jusqu'ici, un accroissement rapide, est menacée de se rompre spontanément ou sous l'influence d'un traumatisme parfois léger, et de se transformer en hydrohématocèle.

Laissée à elle-même, l'hydrohématocèle peut-elle guérir ? Les observations que j'ai rassemblées montrent que la cicatrisation de la vaginale est possible, mais que toujours l'épanchement s'est reproduit ; si j'en juge par l'un de mes cas la tunique vaginale se modifie, s'épaissit très probablement, se double de pseudo-membranes, et la transparence disparaît de ce fait, ou bien à cause de la présence de sang ; la forme, la consistance de la tumeur étaient devenues celle des hydrocèles à parois épaisses ou des hématocèles vaginales.

Cela est sans doute une issue relativement favorable, mais qui permet de craindre pour la suite une augmentation de volume ou l'un de ces accidents fréquents des hématocèles vaginales, qui rendent une intervention nécessaire : la décortication si elle est possible, sinon la castration.

Dans d'autres cas l'hémorrhagie persiste, les bourses se distendent de plus en plus, la peau tendue, luisante, ne manque-

it pas de se sphacéler si l'on n'intervenait rapidement ; c'est cas du malade de Walter, celui de mon premier opéré ; l'in-sion arrête l'hémorrhagie, fait cesser la douleur, évite le hacèle et ses conséquences.

J.-L. Petit, Gooch ont été amenés à inciser les bourses à use de la violence de la réaction inflammatoire, du gonfle-ent énorme, de la persistance des douleurs, malgré une mé-cation antiphlogistique énergique.

Les deux malades de M. Desprès, qui a fait l'injection iodée ns la tunique vaginale, n'ont pas été suivis assez longtemps ur que l'on puisse conclure au sujet du traitement adopté ; un d'eux, guéri de son hydrocèle, gardait un kyste fluctuant ι volume d'un petit œuf ; chez l'autre, les bourses avaient en-re le volume du poing d'un adulte, la tumeur hématique ait diminué de plus de moitié.

Quelques mots avant de terminer sur le *traitement*, et abord disons qu'un si petit nombre de faits ne permet pas baser ce traitement sur des chiffres bien importants ; fort ureusement du reste tous les malades ont guéri ; notons pendant que, si aucun d'eux n'est mort de son affection . de l'opération pratiquée, les seuls qui aient guéri radi-lement sont ceux chez lesquels le traitement a consisté ns l'incision ; ce sont les opérés de Gooch, de J.-L. Pe-, de Pelletan, d'Astley Cooper, de Walter et les deux miens ; outons-y celui de Denucé qui a subi la décortication. Le alade de Bertrandi et M. B... n'ont subi aucune opération, ont guéri, mais en conservant une tumeur. L'injection iodée l'hydrocèle pratiquée par M. Desprès laisse subsister panchement sanguin ; ou cet épanchement se résorbera dans suite, ou il persistera et nécessitera une nouvelle interven-on.

Cette méthode de l'injection ne peut être appliquée quand il a urgence, comme chez Roth, chez le malade de J.-L. Petit, lui de Walter, etc. ; elle ne va pas à la source du mal et longe très inutilement la cure. Pour qui a pratiqué l'incision

de l'hydrocèle suivant la méthode de Volkmann, c'est-à-dire avec le secours des pansements antiseptiques de Lister, il n'y a pas de comparaison à établir entre elle et l'injection iodée ; en incisant nous savons ce que nous faisons, nous voyons le testicule, la tunique vaginale, nous pouvons enlever les corps libres si fréquents dans les hydrocèles, les tumeurs verruqueuses de l'albuginée ; nous obtenons en huit à dix jours la réunion sans fièvre, sans douleurs, sans malaises et nous avons de plus une guérison presque à coup sûr radicale, en tous cas beaucoup plus probablement qu'après les injections ; avec celle-ci, douleur vive pendant l'opération, réaction inflammatoire quelquefois violente, fièvre souvent vive, guérison lente et récidives plus fréquentes, sans compter les accidents possibles ; je sais que pour ma part je n'hésiterais pas un instant si j'avais une hydrocèle à demander l'incision, et le lecteur peut s'édifier sur ce sujet par la lecture de la note que nous a remise notre confrère W.

Dans l'hydrohématocèle, me dira-t-on, il n'en est pas tout à fait de même ; vous ouvrez largement un foyer sanguin, vous avez là les meilleures conditions pour provoquer la putridité et les complications septiques ; il n'y a pas de doute qu'autrefois, du temps du cérat, des cataplasmes, ces complications fussent terriblement menaçantes en cas pareil ; heureusement nous n'en sommes plus là ; le sang lui-même réuni en collection dans une plaie peut rester aseptique, peut même s'organiser sur place, sans que la moindre suppuration ne survienne : Lister, Mac Ewen et d'autres ont insisté sur ces phénomènes bien connus aujourd'hui et que tous ceux qui ont appliqué la méthode de Lister ont observés.

Donc plus de danger, sauf faute commise bien entendu, du fait de cette mise au jour d'un foyer sanguin ; celui-ci une fois ouvert, l'on pourra évacuer sérosités et caillots, nettoyer en quelque sorte la cavité, suturer la vaginale avec la peau comme dans l'incision de Volkmann et obtenir sans encombre une guérison rapide et radicale ; j'ai revu en janvier 1883 le nommé Roth ; il

: reste pas d'autre trace de sa maladie et de son opération
ı'une cicatrice étroite et souple.

Chez mon second opéré le testicule était en inversion ; im-
ıssible de le reconnaître; mon bistouri ouvre l'albuginée et
ıperçois la substance testiculaire ; trois points de catgut ont
uni cette plaie dont nous n'avons plus eu à nous occuper ;
ıe serait-il arrivé si au lieu du bistouri l'on eût pris le trocart
que celui-ci eût été enfoncé dans le testicule? je ne pense pas
ıe les suites de cet accident eussent été aussi simples.

Pour ma part donc je donne le pas à l'incision comme plus
re, plus innocente et plus radicale ; j'ajoute qu'elle peut être
ule applicable, et il y aurait tout avantage pour les malades à
qu'elle fût seule appliquée.

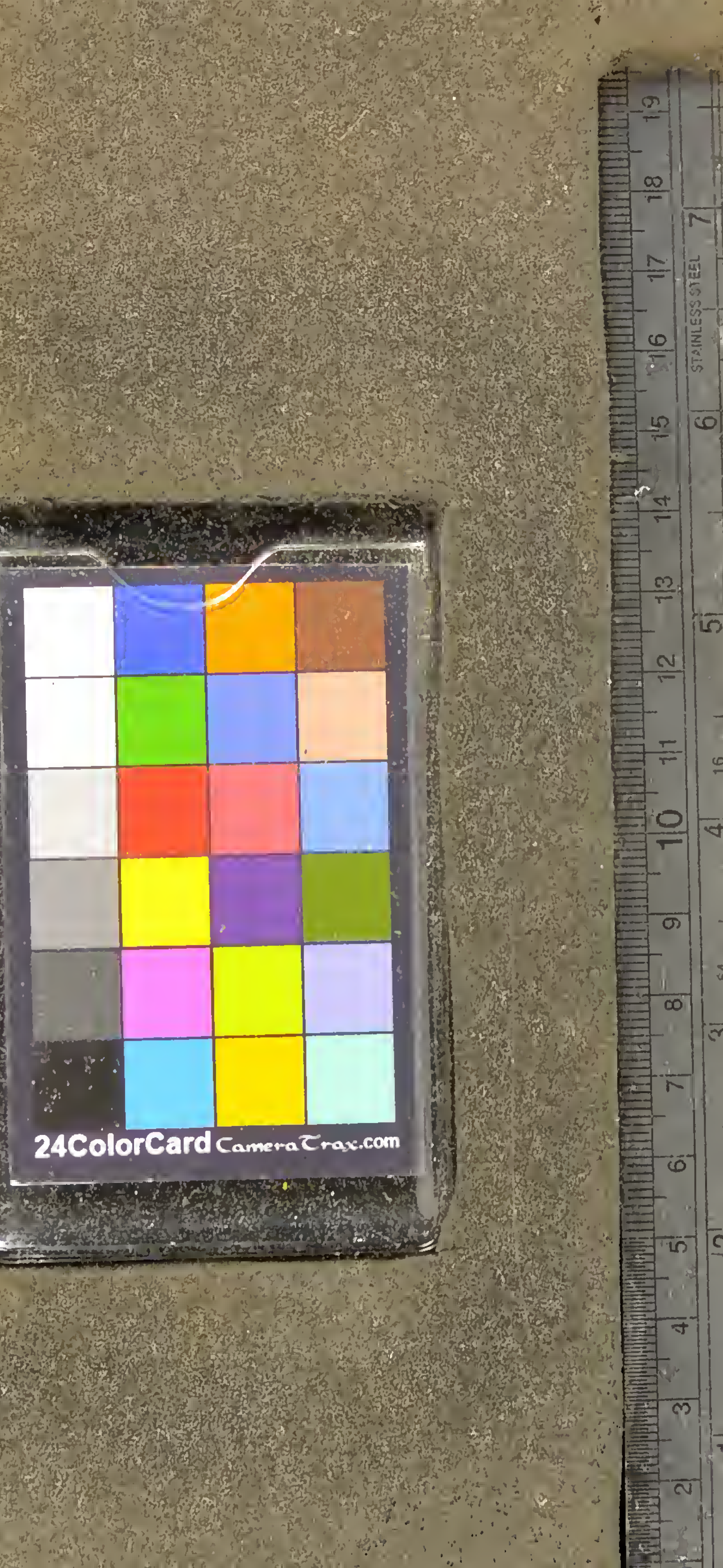
La ponction et l'injection peuvent-elles être réservées pour
cas d'hydrohématocèles transformées par la cicatrisation
la rupture et la résorption de la collection scrotale? peut-
re dans le cas de Bertrandi aurait-elle eu sa raison d'être,
ais non dans celui de M. B.., par exemple; si je préfère l'in-
sion dans toutes les hydrocèles (1), je la crois seule applicable
ıand la vaginale est épaissie ; l'injection dans ces cas amène
ɔp souvent à une incision d'urgence après suppuration, et
ɔrs que les conditions sont devenues autrement défavorables ;
tant et bien mieux la pratiquer d'emblée.

(1) J'excepte les cas où le pansement antiseptique vigoureux ne pourrait
re appliqué pour quelque raison que ce soit.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de médec., A. Davy, successeur,
52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

Title on front cover.

Tight gutters
throughout.


24ColorCard
CameraTrax.com
STAINLESS STEEL